

資格確認書等 回収不能届

常務理事	担当	担当	

健康保険 記号番号					被保険者 氏 名					生年月日	昭和	年	月	日	平成				
資格喪失 年 月 日	令和		年		月		日		被保険者の現住所 または最後の住所										
回収不能となった 被保険者・被扶養者 の氏名																			
回収不能となった理由		1. <u>複数回</u> 督促するも返納に応じないため																	
		2. その他の理由（詳細を記入してください）																	
資格確認書等の 返納督促をした 経 過 ※実施日を記入し、 督促方法を○で 囲んでください		1 回目		年	月	日	電話 ・ メール ・ 文書 ・ 口頭 ・ その他（ ）												
		2 回目		年	月	日	電話 ・ メール ・ 文書 ・ 口頭 ・ その他（ ）												
		3 回目		年	月	日	電話 ・ メール ・ 文書 ・ 口頭 ・ その他（ ）												
		4 回目		年	月	日	電話 ・ メール ・ 文書 ・ 口頭 ・ その他（ ）												

受付日付印

上のとおり資格確認書等を回収することができません。
なお、資格確認書等を回収したときは、ただちに返納します。

令和 年 月 日

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電 話 （ ）

【注意事項】

この届出は被保険者の所在不明などにより資格確認書等の回収ができないため、または再三の返戻督促にも関わらず資格確認書等を返納しないため、「被保険者資格喪失届」に資格確認書等を添付して返納することができない場合に、「被保険者資格喪失届」に添付して提出するものです。