健康保険

資格確認書　回収不能届

年　月　日

被保険者情報				
被保険者等 記号・番号	記号　　番号			
従業員番号		メール アドレス		
氏名	(フリガナ)	生年月日	□ 昭和 □ 平成　年　月　日 □ 令和	
住所	(〒　　ー　　)			
電話番号 (日中の連絡先)				

回収不能等の対象者				
氏名	生年月日	高齢受給者証 交付	高齢受給者証 返納	資格確認書を返納できない理由
	□ 昭和 □ 平成　年　月　日 □ 令和	□ 有 □ 無	□ 有 □ 無	□ 自己破棄したため □ その他（　）
氏名	生年月日	高齢受給者証 交付	高齢受給者証 返納	資格確認書を返納できない理由
	□ 昭和 □ 平成　年　月　日 □ 令和	□ 有 □ 無	□ 有 □ 無	□ 自己破棄したため □ その他（　）
氏名	生年月日	高齢受給者証 交付	高齢受給者証 返納	資格確認書を返納できない理由
	□ 昭和 □ 平成　年　月　日 □ 令和	□ 有 □ 無	□ 有 □ 無	□ 自己破棄したため □ その他（　）
氏名	生年月日	高齢受給者証 交付	高齢受給者証 返納	資格確認書を返納できない理由
	□ 昭和 □ 平成　年　月　日 □ 令和	□ 有 □ 無	□ 有 □ 無	□ 自己破棄したため □ その他（　）
備考				

事業主欄	
	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名
	電話番号

受付日付印

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	