

常務理事	事務長	部長	課長	係長	係

健康保険資格確認書回収不能届

<p>(注意事項)</p> <p>ア、この届書は被保険者の所在不明にかかわらず資格確認書の回収ができません。このため、「被保険者資格喪失届」に資格確認書を添付して返納することになります。</p> <p>イ、③の男女、④の昭和、平成、それぞれ該当する文字を○でかこんでください。</p> <p>ウ、⑫欄は、被扶養者の資格確認書が回収不能であるときに、被扶養者の氏名を記入してください。</p> <p>エ、被保険者の所在が不明であるときは、返戻されたはがきまたは封筒を、再三の返納督促にもかかわらず返納しないものであるときは返納状の写などをこの届書に添付してください。</p>	<p>① 被保険者等 記号・番号</p>		<p>③ 性別</p>	<p>男 ・ 女</p>	<p>④ 生年月日</p>	<p>昭和 平成</p>	<p>年 月 日生</p>
	<p>② 被保険者の氏名</p>						
	<p>⑤ 被保険者の現住所 または最後の住所</p>	〒 - 方					
	<p>⑥ 被保険者が資格 を取得した日</p>	平成 令和	年 月 日	<p>⑦ 被保険者の資格 を喪失した日</p>	令和	年 月 日	
	<p>⑧ 退職 の事由</p>					<p>⑨ 資格確認書（被保険者用） の回収の有無</p>	有 ・ 無
	<p>⑩ 被保険者の近況</p>						
	<p>⑪ 賃金、退職金などの被保険者に対する未払金の有無</p>	有 ・ 無					
	<p>⑫ 回収不能となった 被扶養者の氏名</p>						
	<p>⑬ 被保険者および被 扶養者の傷病状況</p>	<p>A 被保険者に傷病がないと認められる</p> <p>B 被保険者に傷病があると認められる</p> <p>C 被扶養者に傷病がないと認められる</p> <p>D 被扶養者に傷病があると認められる</p>					
	<p>⑭ 資格確認書の返納 を督促した状況</p>	<p>令和 年 月 日</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>令和 年 月 日</p>					
<p>うえのとおり資格確認書を回収することができません。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p>事業所所在地</p> <p>事業所名称</p> <p>事業主氏名</p> <p>電 話 (局) 番</p>							<p>受 付 日 付 印</p>

社会保険労務士記載欄