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

（注意事項）

ア、この届書は被保険者の所在不明により資格確認書の回収ができないため、または再三の返納催促にもかかわらず資格確認書を返納しないため、「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。

イ、③の男女、④の昭和、平成、⑨の有無、⑪の有無および⑬のA、B、C、Dの文字は、それぞれ該当する文字を○でかこんでください。

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。

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、再三の返納督励にもかかわらず返納しないものであるときは返納督励状の写などをこの届書に添付してください。

①被保険者等記号・番号	○○○○ ○○○○				
②被保険者の氏名	○　○　○　○	③性別	男・女	④生年月日	昭和 平成 ○○年 ○○月 ○○日生
⑤被保険者の現住所または最後の住所	〒○○○－○○○○ 千葉県○○市○○○－○－○　方				
⑥被保険者が資格を取得した日	平成 令和 ○○年 ○○月 ○○日	⑦被保険者の資格を喪失した日	令和 ○○年○○月○○日		
⑧退職の事由	自己都合	⑨資格確認書（被保険者用）の回収の有無	有・無		
⑩被保険者の近況	「不明」などわかる範囲で記入				
⑪賃金、退職金などの被保険者に対する未払金の有無	有　・　無				
⑫回収不能となった被扶養者の氏名					
⑬被保険者および被扶養者の傷病状況	A　被保険者に傷病がないと認められる B　被保険者に傷病があると認められる C　被扶養者に傷病がないと認められる D　被扶養者に傷病があると認められる				
⑭資格確認書の返納を督励した状況	令和 ○○年 ○○月 ○○日 自宅に電話するも不在 令和 ○○年 ○○月 ○○日 自宅に赴くも、引越しをしていた。 令和　年　月　日 令和　年　月　日				

うえのとおり資格確認書を回収することができません。

令和 ○○年 ○○月 ○○日

事業所所在地　東京都○○区○○○－○－○

事業所名称　㈱ ○ ○ ○ ○

事業主氏名　○ ○ ○ ○

電　話　○○（○○○○局）○○○○番

受付日付印

社会保険労務士記載欄