

# 健康保険資格確認書 回収不能届

常務理事	事務局長	部長	課長	抜者	

被保険者記号	被保険者番号	被保険者の氏名		性別	資格取得年月日		資格喪失年月日		
		(氏)	(名)		昭和 平成 令和	年 月 日	令和	年 月 日	
回収不能の対象者		氏名		生年月日		性別		続柄	
	被保険者	同上		昭和 平成 令和	年 月 日	男・女		本人	
	被扶養者			昭和 平成 令和	年 月 日	男・女			
	被扶養者			昭和 平成 令和	年 月 日	男・女			
	被扶養者			昭和 平成 令和	年 月 日	男・女			

返納できない理由

	督促した年月日	督促の方法や内容、結果(具体的にご記入ください)
1回目	年 月 日	
2回目	年 月 日	
3回目	年 月 日	

上記の通り資格確認書を回収できませんので提出します。

令和 年 月 日

受付日付印

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電話番号 ( )

社会保険労務士記載欄

氏名等