| 施行の日 | 令和　年　月　日 | 資格確認書の返納があったときは、その年月日 | 令和　年　月　日 |
|---|---|---|---|
| 伺の日 | 令和　年　月　日 | | |

| 専務理事 | 常務理事 | 事務長 | 部　長 | 課　長 | 係　長 | 扱　者 | 督促記録 | 年　月　日（　） |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | 年　月　日（　） |
| | | | | | | | | 年　月　日（　） |

# 健康保険　資格確認書回収不能届

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ① 被保険者等の記号と番号 | 第　　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 |
| ⑤ 被保険者の現住所または最後の住所 | （郵便番号）　－<br>※必須　自宅　（　）　携帯　（　） | | | | |
| ⑥ 被保険者の資格を取得した日 | 昭和・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 解退職の事由 | | ⑨ 資格確認書回収の有無（被保険者用） | 有　・　無 | | |
| ⑩ 被保険者の近況 | | | | | |
| 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 | （氏）　（名） | （氏）　（名） | | | |
| | （氏）　（名） | （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 | | | | |
| | 令和　年　月　日 | | | | |
| | 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

事業所名称

事業主氏名

電話　（　局）　番

受付日付印

| 社会保険労務士の提出代行者 |
|---|
| |

※督促状発送
令和　年　月　日
令和　年　月　日

イ、この届出は、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又は、再三の返納督励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。

ロ、③の男女、④、⑥の昭和、平成、令和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○印で囲んで下さい。

ハ、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。

ニ、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。

ホ、※の欄は、記入しないで下さい。

東京貨物運送健康保険組合