

# 資格確認書 回収不能届

この用紙は事業主(事業所)から健康保険組合へ提出する書類です

令和 年 月 日 提出

事業所記号		事業所名称			
事業所住所・電話	〒 -		電話番号( ) -		
申請担当者	部署名		氏名		
回収不能人数	名				
回収不能理由詳細					
返納督促状況	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日		
回収不能者	被保険者記号番号	氏名	生年月日	備考	
	-		S・H・R 年 月 日		
	-		S・H・R 年 月 日		
	-		S・H・R 年 月 日		
	-		S・H・R 年 月 日		
	-		S・H・R 年 月 日		
上記のとおり資格確認書を回収する事ができません。 回収した時はただちに返納します。 令和 年 月 日 事業主 所在地 名称				担当者	

## ※ 注意事項

- この届書は、①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 ②再三の返納督促にもかかわらず資格確認書を返納しない為「被保険者資格喪失届」に添付して返納できない場合に、「被保険者資格喪失届」に添付して提出するものです。
- 「回収不能者」欄には、回収できなかった人全員を記入して下さい。
- 被保険者の所在が不明であるときは返戻された葉書・封筒を、再三の返戻督促にもかかわらず返納しないときは返納督促状等の写しを、この届書に添付して下さい。

健保使用欄	常務理事	事務長	担当	受付
	令和 年 月 日 処理済			