

※ 督促	年 月 日
※ 回収	年 月 日

常務理事	事務長	担当

健康保険資格確認書 回収不能・滅失届

被保険者等記号・番号		記号		番号		住所	〒 -	
被保険者(であった者)の氏名・住所		氏名					電話 ()	
回収不能・滅失の対象者	氏名		生年月日			性別	続柄	資格確認書を返納できない理由
	被保険者	(氏) (名)	昭和 平成	年	月	日	男・女	本人
	被扶養者	(氏) (名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男・女	
	被扶養者	(氏) (名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男・女	
	被扶養者	(氏) (名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男・女	
	被扶養者	(氏) (名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男・女	

上記の者について、資格確認書が回収不能・滅失であるため届出します。なお、資格確認書を回収したときは、ただちに返納します。

年 月 日

事業所所在地

- ※ この届は、資格確認書を返納できない場合に提出するものです。
- ※ 事業主及び被保険者の押印については、署名(自筆)の場合は省略できます。
- ※ 任意継続被保険者の方については、事業主の証明は必要ありません。

事業所名称

事業主氏名

受付日付印

