

伺の日	令和 年 月 日	常務理事	事務長		担当者	給付記録
施行の日	令和 年 月 日					
回収不能事由の種別	ア 所在不明 イ 不応返納	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	受領者印

(注意事項)

1 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又は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。

2 ③の男女、④の昭和、平成、令和⑨の有無、⑩の有無および

⑫のA、B、C、Dの文字は、それぞれ該当する文字を丸でかこんで下さい。

3 被保険者の所在が不明であるときは、返戻されたはがき又は封筒を、再三の返納督促にもかかわらず返納しないものであるときは返納督促状の写などをこの届書に添付して下さい。

4 ※印の欄は、記入しないで下さい。

①資格確認書の記号と番号		第 号		健康保険		資格確認書回収不能届	
②被保険者の氏名		③性別	男 ・ 女	④生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日生	
⑤被保険者の現住所または最後の住所	〒						方
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健康保険被扶養者の有無	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被保険者および被扶養者の傷病状	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 被扶養者に傷病者がいないと認められる						
	D 被扶養者に傷病者がいると認められる						
⑬被保険者納励証の返付方	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						受付日付印	
住所							
事業主							
氏名							
電話 局 () 番							