

常務理事	事務長	部長	課長	係長	係

(注意事項)

ア、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、また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。

イ、③の男女、④の昭和、平成、令和、⑨の有無、⑫のA、B、Cは、それぞれ該当する文字を丸でかこんで下さい。

ウ、⑪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。

① 被 保 険 者 等 の 記 号 と 番 号		記 号 番 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		〒 - (電話番号) _____ 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		平 成 令 和		年	月	日	
⑧ 解 退 職 の 事 由												⑨ 健 康 保 険 者 被 扶 養 の 有 無		有 ・ 無		
⑩ 被 保 険 者 の 近 況																
⑪ 回 収 不 能 と な っ た 被 扶 養 者 の 氏 名																
⑫ 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 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 資 格 確 認 書 の 返 納 方 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 。															受付日付印	
事 業 所 所 在 地 年 月 日																
事 業 所 名 称																
事 業 主 氏 名																
電話 番																

士 務 労 働 者 印 社 会 保 険 代 理 者 印		⑧
--------------------------------	--	---