

理事長	常務理事	事務長	担当者

回収不能事由の種別	ア 所在不明
	イ 不応返納

①被保険者の 記号と番号		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	④生年月日			
	男 女	昭和 平成 令和	年	月	日生
⑤被保険者の住所又は最後の住所					
〒					
⑥被保険者の資格を取得した日			⑦被保険者の資格を喪失した日		
昭和 平成 令和	年	月	日	令和	年 月 日
⑧解退職の事由				⑨健康保険 被扶養者の 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					
⑬資格確認書の返納方を督促した状況					
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
令和 年 月 日					
事業所所在地					
事業所名称					
事業主氏名					
電話 話					
⑩					