

健康保険資格確認書回収不能届

常務理事	事務長	部長	課長	係長	担当者

被保険者情報	被保険者等 記 号				被保険者等 番 号				氏 名	フリガナ		
									氏		名	
	生年月日	5 昭和	年	月	日	電話番号	—			備 考		
		7 平成										
		9 令和										

回収不能対象者	氏 名		生 年 月 日				続 柄	備 考
	フリガナ		5 昭和	年	月	日		
	氏	名	7 平成					
			9 令和					
	フリガナ		5 昭和	年	月	日		
	氏	名	7 平成					
			9 令和					
	フリガナ		5 昭和	年	月	日		
	氏	名	7 平成					
			9 令和					
	フリガナ		5 昭和	年	月	日		
	氏	名	7 平成					
			9 令和					
	フリガナ		5 昭和	年	月	日		
	氏	名	7 平成					
			9 令和					

督促の状況	連 絡 日		連 絡 手 段		状 況
	令和	年 月 日	文書・電話・メール・その他（ ）		
	令和	年 月 日	文書・電話・メール・その他（ ）		
	令和	年 月 日	文書・電話・メール・その他（ ）		
	令和	年 月 日	文書・電話・メール・その他（ ）		
	令和	年 月 日	文書・電話・メール・その他（ ）		

事業主欄	上記の者について、資格確認書が回収不能であるため届出いたします。 なお、資格確認書を回収したときは、ただちに返納いたします。	
	〒 —	
	事業所の所在地	
	名称	
	事業主名	
	電話番号	— —

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

受付印