

健康保険 資格確認書 回収不能届

令和 年 月 日 提出

健 保 欄	常務理事	事務長	担当

受付年月日

事業主 記載欄	事業所所在地	〒 -
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電話番号	()

資格確認書の回収ができませんでしたのでお届けします。なお、今後は資格確認書が回収不能とならないよう注意すると共に、今回の回収不能の資格確認書により保険給付事故等が発生した場合は事業主において解決の責任を負います。また、後に被保険者より資格確認書が返納された場合は、速やかに健康保険組合へ返納いたします。

被 保 険 者	記号	番号	フリガナ 氏名	生年月日			
				5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日

対 象 者	対象者	該当する番号を選択ください。	<input type="checkbox"/> 1.被保険者(本人)分のみ <input type="checkbox"/> 2.被扶養者(家族)分のみ <input type="checkbox"/> 3.被保険者(本人)および被扶養者(家族)分	
	被 保 険 者	フリガナ 氏名	生年月日	資格喪失年月日
	被 扶 養 者	フリガナ 氏名	生年月日	資格喪失年月日
	被 扶 養 者	フリガナ 氏名	生年月日	資格喪失年月日
	被 扶 養 者	フリガナ 氏名	生年月日	資格喪失年月日

(対象となる場合は漏れなく資格喪失年月日欄を記入ください。)

対 象 者 欄	回収不能理由	該当する番号を選択ください。	<input type="checkbox"/> 1.資格確認書を紛失したため ⇒ Aをご記入ください。 <input type="checkbox"/> 2.対象者と連絡が取れないため ⇒ Bをご記入ください。 <input type="checkbox"/> 3.その他事情のため ⇒ Cをご記入ください。
	A 警察の届出	届出年月日	届出警察署名

B 督促状況 (必ず3回記入 ください)	督促年月日・手段		督促した結果	
	督促年月日の記入および該手段に丸印を付してください。その他の場合は()に記入ください。		詳細に記入ください。	
	1回目	令和 年 月 日		
	電話・文書・口頭・その他()			
	2回目	令和 年 月 日		
電話・文書・口頭・その他()				
3回目	令和 年 月 日			
電話・文書・口頭・その他()				

C その他事情	理由を詳細にご記入ください。
---------	----------------

※ この届は被保険者および被扶養者の資格喪失時等に資格確認書を回収できない場合に届出ください。