

# 健康保険 資格確認書 回収不能届

令和 7 年 1 月 21 日 提出

この届書を健康保険組合へ提出する日を記入します。

健康欄	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	〒 550 - 0021 大阪府大阪市西区川口●●●
	事業所名称	西プラ工業株式会社
	事業主氏名	工業 太郎
	電話番号	06 ( ●●●● ) ●●●●

健康保険被保険者記号・番号を右詰めで記入します。

該当する番号を選択し記入します。

資格喪失日を記入します。

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	ケンボ	タロウ	生年月日					
	●	●	氏名	健保	太郎	5.昭和 7.平成 9.令和	5	1	1	1	2

対象者

該当する番号を選択ください。

3

- 1.被保険者(本人)分のみ
- 2.被扶養者(家族)分のみ
- 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	同上	生年月日	同上	令和	0	6	1	2	1	5
	フリガナ 氏名	ケンボ ハナコ	生年月日	1 6 0 7 1 1	令和	0	6	1	2	1	5
	フリガナ 氏名		生年月日		令和						
	フリガナ 氏名		生年月日		令和						

該当する番号を選択し記入します。それに対応する「A」「B」「C」いずれかの欄を記入します。

回収不能理由

該当する番号を選択ください。

2

- 1.資格確認書を紛失したため ⇒ Aをご記入ください。
- 2.対象者と連絡が取れないため ⇒ Bをご記入ください。
- 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	令和									
	届出警察署名	( ) 警察署									

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							
	1回目	令和	0	6	1	2	2	0	呼び出し音は鳴るが、受電されなかった。					
	2回目	令和	0	6	1	2	2	1	12/20に電話をしたが受電されなかった為、文書を送付したが、返答はなかった。					
	3回目	令和	0	7	0	1	2	0	文書に対し返答がない為、1/20に自宅を訪問したが、転居しており、所在不明。					

対象者と連絡が取れないときは、電話・文書・口頭(訪問)を3回以上実施の上、必ず記入してください。

C 其他事情	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。