

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届けます。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。

社会保険労務士記載欄

被保険者欄	記号	番号	氏名	フリガナ 氏名	生年月日				
						5.昭和 7.平成 9.令和			

対象者欄	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)のみ <input type="checkbox"/> 2.被扶養者(家族)のみ <input type="checkbox"/> 3.被保険者(本人)および被扶養者(家族)分		
	回収不能理由	A「回収不能理由」欄には該当する右記の番号を記入し、各理由にあるB～D欄もご記入ください	1.資格確認書を紛失したが、マイナ保険証利用に切替えた(予定のため) (C) 2.資格確認書を紛失し、再交付申請を行うため (C) 3.資格喪失時、資格確認書を紛失し返却できないため (B、C) 4.資格喪失時、対象者と連絡が取れず資格確認書を返却できないため (B、D) 5.その他事情があるため (余白に詳細を記入/資格喪失時はBも必須)		
	被保険者	フリガナ 氏名	生年月日	A.回収不能理由	B.資格喪失年月日
	被扶養者1	フリガナ 氏名	生年月日	A.回収不能理由	B.資格喪失年月日
	被扶養者2	フリガナ 氏名	生年月日	A.回収不能理由	B.資格喪失年月日
被扶養者3	フリガナ 氏名	生年月日	A.回収不能理由	B.資格喪失年月日	
C. 警察の届出	届出年月日		届出警察署名		
D. 督促状況	届出年月日		届出警察署名		
※1.必ず3回分ご記入ください ※2.□にチェックマークを付してください。その他の場合は()にご記入ください	督促年月日(※1)		督促手段(※2)		督促した結果(詳細にご記入ください)
	1回目	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 電話・ <input type="checkbox"/> 文書・ <input type="checkbox"/> 対面 <input type="checkbox"/> その他()		
	2回目	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 電話・ <input type="checkbox"/> 文書・ <input type="checkbox"/> 対面 <input type="checkbox"/> その他()		
	3回目	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 電話・ <input type="checkbox"/> 文書・ <input type="checkbox"/> 対面 <input type="checkbox"/> その他()		