

※この用紙は資格喪失後、資格確認書を返却出来ない場合に異動届と一緒に提出して下さい。

常務理事	事務長	係

健康保険 資格確認書回収不能・減失届

被保険者等		被保険者の氏名	生年月日 (昭・平・令)			性別	事業所の名称	所属
記号	番号		年	月	日			
						男 女		
被保険者の住所						備考		

回収不能等の対象者	被保険者	氏名	生年月日		性別	続柄	資格確認書を返納できない理由
		(氏) (名)	上記に同じ		上記に同じ	本人	
	被扶養者	氏名	生年月日		性別	続柄	理由
		(氏) (名)	昭平令	年 月 日	男 女		
(氏) (名)		昭平令	年 月 日	男 女			
	(氏) (名)	昭平令	年 月 日	男 女			

【事業主記載欄】

確認(チェック)欄 上記の通り、被保険者から健康保険資格確認書の回収不能・減失申請がありましたので提出いたします。
 なお、資格確認書を回収したときは、ただちに返納します。

令和 年 月 日 提出

事業所所在地	〒 -
事業所名称	
事業主氏名	
電話	

受付日付印

記入例

健康保険 資格確認書回収不能・減失届

常務理事	事務長	係

被保険者等		被保険者の氏名	生年月日			性別	事業所の名称	所属
記号	番号		(昭・平・令)					
10	12345	東亞 太郎	年 2	月 11	日 23	男 女	東亞合成 本社	人事G
被保険者の住所		東京都〇〇区〇〇町1-1-1				備考		

回収不能等の対象者	被保険者	氏名		生年月日			性別	続柄	資格確認書を返納できない理由
		(氏)	(名)	年	月	日			
				上記に同じ			上記に同じ	本人	
被扶養者		氏名		生年月日			性別	続柄	理由
		(氏)	(名)	年	月	日			
		東亞	花子	2	12	22	男 女	妻	外出中に落としたため

対象者が複数名いる場合は、対象者を全て記入してください。

【事業主記載欄】

確認(チェック)欄 <input type="checkbox"/>	上記の通り、被保険者から健康保険資格確認書の回収不能・減失申請がありましたので提出いたします。 なお、資格確認書を回収したときは、ただちに返納します。
事業所所在地	〒 -
事業所名称	
事業主氏名	
電話	

令和 年 月 日 提出

受付日付印