

# 健康保険資格確認書 回収不能届

部長	課長	係長	担当者

令和 年 月 日提出

提出者記入欄	事業所所在地	〒	事業所記号	社会保険労務士記載欄
	事業所名称			
	事業主氏名			
電話番号	( )	氏名等		
確認印				

被保険者の番号	被保険者氏名	生年月日
		昭・平・令 年 月 日

被保険者の住所	
住民票住所	〒 都道府県 市区町村 建物名： 部屋番号：
居所住所	〒 都道府県 市区町村 建物名： 部屋番号：
自宅電話番号	携帯電話番号

回収不能となった該当者 ※ □ にチェックをしてください	<input type="checkbox"/> 被保険者
	<input type="checkbox"/> 被扶養者（該当者を以下に記入）
	被扶養者氏名 続柄 生年月日 昭・平・令 年 月 日 昭・平・令 年 月 日
回収不能の事由 ※ □ にチェックをしてください	<input type="checkbox"/> 被保険者と連絡がとれないため <input type="checkbox"/> その他（ ） ※ 資格確認書を紛失して返納ができない場合は、回収不能届ではなく「健康保険資格確認書滅失届」をご提出ください。

## 【注意事項】

- 資格確認書の回収ができていない場合、**必ず2回以上は被保険者本人に資格確認書を返却するよう督促してください。**（電話・メール・書面・口頭 等）
- 回収不能届を提出後、資格確認書を回収できた場合には、ただちに返納してください。

オンライン印	受付印