

健康保険資格確認書 回収不能届

記入例

令和 年 月 日提出

提出者記入欄	事業所所在地	〒 345 - 6789 東京都〇〇市〇〇町3-2-1	事業所記号	1 2 3 4	確認印
	事業所名称	医療法人社団 〇〇会	社会保険労務士記載欄		
	事業主名氏	理事長 〇〇 〇〇	氏名等		
	電話番号	〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇			

被保険者の番号	被保険者氏名	生年月日
56789	健保 太郎	昭・平・令 50 年 10 月 1 日

被保険者の住所			
住民票住所	〒 123-4567 東京 都道府県 〇〇 市区町村 〇丁目〇番地 建物名： 〇〇マンション 部屋番号： 102		
居所住所	〒 270-1111 千葉 都道府県 〇〇 市区町村 〇丁目〇番地 建物名： 〇〇団地 部屋番号： 203		
自宅電話番号	03 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇	携帯電話番号	080 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇

回収不能となった該当者 ※ □にチェックをしてください	<input checked="" 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
回収不能の事由 ※ □にチェックをしてください	<input checked="" 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