健康保険 資格確認書等回収不能届

常務理事	事務長		担当者

被保険者情報

被保険者の（左づめ）	記号 □□□□□□□□ 番号 □□□□□□□	生年月日 年 月 日 □昭和 □平成 □令和 □□□□□□
氏名	（ﾌﾘｶﾞﾅ）	
住所	（〒 — ） 都道府県	
電話番号（日中の連絡先）	TEL – –	携帯電話 – –

回収不能等の対象者

証区分	氏名 生年月日	返納できない理由
□資格確認書 □限度額認定証 □高齢受給者証 □被保険者証	昭 平 令 年 月 日	
□資格確認書 □限度額認定証 □高齢受給者証 □被保険者証	昭 平 令 年 月 日	
□資格確認書 □限度額認定証 □高齢受給者証 □被保険者証	昭 平 令 年 月 日	
□資格確認書 □限度額認定証 □高齢受給者証 □被保険者証	昭 平 令 年 月 日	
備考		

上記の者について、回収不能であるため届出します。
回収したときは、ただちに返納します。

令和 年 月 日

事業主欄

事業所所在地	（〒 — ）
事業所名称	
事業主氏名	
電話	– –

2024.12

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	

受付日付印