

健康保険資格確認書回収不能届

常務理事	事務長	部長	課長	係長	担当者

被保険者情報	被保険者等記号		被保険者等番号		氏名	フリガナ 氏 名
	生年月日	5 昭和 7 平成 9 令和	年 月 日	電話番号	— —	備考

回収不能対象者	氏名		生年月日				続柄	備考
	フリガナ		5 昭和	年	月	日		
	氏	名	7 平成					
			9 令和					
	フリガナ		5 昭和	年	月	日		
	氏	名	7 平成					
		9 令和						
フリガナ		5 昭和	年	月	日			
氏	名	7 平成						
		9 令和						
フリガナ		5 昭和	年	月	日			
氏	名	7 平成						
		9 令和						

督促の状況	連絡日			連絡手段			状況
	令和	年	月 日	文書・電話・メール・その他 ()			
	令和	年	月 日	文書・電話・メール・その他 ()			
	令和	年	月 日	文書・電話・メール・その他 ()			
	令和	年	月 日	文書・電話・メール・その他 ()			
	令和	年	月 日	文書・電話・メール・その他 ()			

事業主欄	上記の者について、資格確認書が回収不能であるため届出いたします。 なお、資格確認書を回収したときは、ただちに返納いたします。					
	〒 — —					
	事業所の	所在地				
		名称				
		電話番号 — —				
	事業主名					

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

受付印