

課 長	課長補佐	処理者

督 促 状	年 月 日	(特記事項)
送 付 年 月 日	年 月 日	
督 促 ( 電 話 等 ) 年 月 日	年 月 日	
無効通知年月日	年 月 日 ( )	
及び医療機関名	年 月 日 ( )	
証 回 収 年 月 日	年 月 日	

資格確認書 回収不能届

被 保 険 者 の 記 号 と 番 号	記 号									
被 保 険 者 の 氏 名				性別	男 ・ 女	生 年 月 日	昭・平	年	月	日生
被 保 険 者 の 退 職 時 の 住 所 、 帰 省 先 の 住 所	〒									
電 話 番 号 等	電話 ( ) 携帯電話 ( )									
資 格 取 得 年 月 日	年 月 日			資 格 喪 失 年 月 日	年 月 日					
解 ・ 退 職 の 事 由								被 扶 養 者 の 有 無	有 ・ 無	
被 保 険 者 の 近 況										
被 保 険 者 対 于 の 賃 金 、 退 職 金 な ど の 未 払 金 の 有 無				有 ・ 無						
被 保 険 者 及 び 被 扶 養 者 の 傷 病 状 況	被 保 険 者 に 傷 病 が ( な い ・ あ る ) と 認 め ら れ る 被 扶 養 者 に 傷 病 が ( な い ・ あ る ) と 認 め ら れ る									
資 格 確 認 書 の 返 納 を 督 促 し た 状 況	令和 年 月 日 令和 年 月 日 令和 年 月 日 令和 年 月 日									

◎ この届出書に関する記入の個人情報については「健康、保険法による保険給付の支給または保険料等

うえのとおり資格確認書を回収することができません。

受付日付印

令和 年 月 日

事業所所在地  
事業所名称  
事業主名

電話 ( )

社会保険労務士 記 載 欄	
------------------	--

※ この届書は、被保険者の所在不明または再三の返納督促にもかかわらず資格確認書を返納しないために被保険者資格喪失届に資格確認書の添付ができない場合に提出してください。