

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	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	

※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は、被保険者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。	被保険者の記号	記 号	
	記号と番号	番 号	

資格確認書 回収不能届

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						
被保険者に対する賃金、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事務の一における個人情報は「健康保険法による保険給付の支給または保険料等の徴収に関する事務」における個人情報として第三者による提供されたものではありません。

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