

健康保険 資格確認書 回収不能届 滅失届

常務理事	事務長		担当者

被保険者情報	被保険者等 記号-番号	-	個人番号	※左欄の記入があれば不要です。 - -	
	氏名			生年月日	年 月 日
	住所	〒 - 連絡先 ()			
回収できない者		フリガナ 氏名	続柄	資格喪失日(扶養削除日)	
	1			年 月 日	
	2			年 月 日	
	3			年 月 日	
理由					
督促状況	督促した年月日		督促の方法及び結果(電話や文書など)		
	年 月 日				
	年 月 日				
	年 月 日				

▼被保険者記入欄 (滅失等で返納できない場合)

滅失時の 日付・場所・状況	
<p>以上により、資格確認書を滅失してしまいました。発見した際は速やかに返納いたします。 資格喪失日以降の医療費等の返還請求が発生した場合には、責任をもって返還いたします。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>住所 被保険者 連絡先 氏名 (印)</p>	

事業主証明欄	届出のとおり、上記の者の資格確認書を回収できませんでした。 回収でき次第速やかに返納いたします。	受付印
	<p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 (印) 電話番号</p>	

社会保険労務士の 提出代行者名記入欄	
-----------------------	--