

下記のいずれかに☑してください

- 被保険者証
健康保険 資格確認書 回収不能届
 高齢受給者証

常務理事	事務長		係

被保険者の記号・番号		※ この届は「被保険者証」「高齢受給者証」「資格確認書」を返納できない場合に提出します。	
記号		番号	※ 紛失・き損した場合は、本届ではなく「滅失届」をご提出ください。
被保険者の氏名		性別	生年月日
		男・女	昭和・平成・令和 年 月 日
被保険者の住所			
〒 -			
電話番号 (日中の連絡先)	()	携帯電話	- -
資格喪失・被扶養者の削除の年月日		届出の種類(該当の届出を○で囲んでください)	
平成・令和 年 月 日		資格喪失・被扶養者の削除・その他	

該当の箇所を ☑してください	<input type="checkbox"/> 被保険者 ※本人の場合は、下記の記入は不要です。			
回収不能となった 被扶養者	被扶養者の氏名	生年月日	性別	続柄
		昭 平 令 年 月 日	男 ・ 女	
		昭 平 令 年 月 日	男 ・ 女	
		昭 平 令 年 月 日	男 ・ 女	
回収不能になった時の状況				
返納督促をした経緯	1 回	令和 年 月 日 ・口頭 ・電話 ・メール ・書面	2 回	令和 年 月 日 ・口頭 ・電話 ・メール ・書面
	3 回	令和 年 月 日 ・口頭 ・電話 ・メール ・書面	4 回	令和 年 月 日 ・口頭 ・電話 ・メール ・書面
備考				

上記のとおり「被保険者証」「高齢受給者証」「資格確認書」を返納することができません。

令和 年 月 日
事業所所在地 〒 -
事業所名称
事業主氏名
電話番号 ()

受付日付印

社会保険労務士 記載欄	
----------------	--