

常務理事	事務長	部長	課長	係長	係

資格確認書
 健康保険被保険者証
 高年齢受給者証

滅失・回収不能届

被保険者情報	被保険者等 記号・番号	記号	番号	氏名	
	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	資格取得日	昭和 平成 令和
	現職 退職後の住所	〒			備考
	電話番号	-		携帯電話	

未返納の対象となる者	氏名	区分	証種別	「滅失」の場合 ※被保険者または滅失当事者が記入してください。
		<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> 回収不能	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 高年齢受給者証	【滅失した状況を具体的にご記入ください】
		<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> 回収不能	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 高年齢受給者証	上記のとおり滅失しましたが、資格確認書・被保険者証・高年齢受給者証を発見した時は直ちに返納します。
		<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> 回収不能	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 高年齢受給者証	
	備考			

「回収不能」の場合 督促担当者が記入してください。				
経過	令和	年 月 日	電話・メール・文書・口頭 / 応答（有・無）	特記事項
	令和	年 月 日	電話・メール・文書・口頭 / 応答（有・無）	
	令和	年 月 日	電話・メール・文書・口頭 / 応答（有・無）	
	令和	年 月 日	電話・メール・文書・口頭 / 応答（有・無）	

事業主欄	事業所在地	〒	
	事業名称 事業主氏名 電話		()

上記のとおり、資格確認書・被保険者証・高年齢受給者証を回収することができないため、届出いたします。
 なお、資格確認書・被保険者証・高年齢受給者証を回収した場合は、速やかに返納いたします。

社会保険労務士 記載欄(氏名等)

受付日付印

※この届書は資格確認書等を返納できない場合に提出します。