

督促	年	月	日
返納	年	月	日

常務理事	事務長	部長	課長	担当者

健康保険資格確認書回収不能届

被保険者等の記号番号				・															
被保険者（であった者）の氏名								住 所											
回収不能等の対象者	氏 名			生年月日						性別	続柄	資格確認書を返納できない理由			備 考				
	被保険者	(氏)	(名)	昭	令							男・女	本人						
	被扶養者	(氏)	(名)	昭	令							男・女							
	被扶養者	(氏)	(名)	昭	令							男・女							
	被扶養者	(氏)	(名)	昭	令							男・女							
	被扶養者	(氏)	(名)	昭	令							男・女							
	被扶養者	(氏)	(名)	昭	令							男・女							

上記の者について、資格確認書を回収することができません。本人より資格確認書を回収した場合は直ちに返納いたします。

令和 年 月 日

事業所所在地
事業所名称
事業主氏名 _____

※この届は資格確認書を返納できない場合に提出するものです。