常務理事	事務長	事務長代行	業務課長	係長	担当

①記号	
番号	

健康保険被保険者証・資格確認書　回収不能届

②被保険者の氏名		③性別	男・女	④生年月日	昭和・平成・令和　年　月　日
⑤被保険者の現住所または最後の住所					
⑥被保険者の資格取得した日	年　月　日	⑦被保険者の資格を喪失した日	年　月　日		
⑧解退職の事由		⑨健康保険の被扶養者の有無	有・無		

⑩回収不能となった理由 ※該当するほうにチェックを入れてください	□	3回以上督促するも返納に応じないため ⑪の経過欄に3回以上行った経過を入力してください
	□	その他の理由（詳細を記入してください） （　　）

⑪返納督促した経過 ※実施日を入力し、督促方法にチェックをいれてください	1回目　令和　年　月　日	□電話 □メール □文書 □口頭 その他（　　）
	2回目　令和　年　月　日	□電話 □メール □文書 □口頭 その他（　　）
	3回目　令和　年　月　日	□電話 □メール □文書 □口頭 その他（　　）
	4回目　令和　年　月　日	□電話 □メール □文書 □口頭 その他（　　）

うえのとおり被保険者証・資格確認書の回収をすることができません。

年　月　日

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

【受付日付印】

【注意事項】

1.この届書は、事業主が資格喪失した被保険者に被保険者証/資格確認書の再三の返納を実施するも、返納されなかった場合に提出するものです。

2.督促を実施したことがわかる書類のご提出をお願いする場合があります。