

※ 回収不能事由の種別	ア 所在不明	常 務 理 事	事 務 長	課 長		
	イ 不応返納					
※資格確認書の返納があった時はその年月日	年 月 日					

4. ※の欄は、記入しないでください。

3. 被保険者の所在が不明であるときは、返戻されたはがきまたは封筒を、再三の返戻督促にもかかわらず返納しないものであるときは、返納方督

励状の写し等をこの届書に添付してください。

2. ③・④・⑨・⑪・⑬は、それぞれ該当する文字を○で囲んでください。

1. この届書は、被保険者の所在不明により資格確認書の返納ができないため、または「再三の返戻督促にもかかわらず資格確認書を返納しないた

め、「被保険者資格喪失届」に資格確認書を添付して返納してください。

①被保険者 記号番号		(記号) (番号)		健康保険 資格確認書回収不能届			
②被保険者 氏 名				③ 性 別	男 ・ 女	④生年月日	昭和 年 月 日 生 平成
⑤被保険者の現住所 または最後の住所		〒 ー					
⑥被保険者の資格を 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資格確認書(被保険者用)の 回 収 の 有 無 有 ・ 無	
⑩被保険者の状況							
⑪賃金、退職金などの被保険者に対する未払金の有無		有 ・ 無					
⑫回収不能となった 被 扶 養 者 の 氏 名							
⑬被保険者および被 扶 養 者 の 傷 病 状 況		A 被保険者に傷病がないと認められる					
		B 被保険者に傷病があると認められる					
		C 被扶養者に傷病がないと認められる					
		D 被扶養者に傷病があると認められる					
⑭資格確認書の返納方を 督 励 し た 状 況		年 月 日					
		年 月 日					
		年 月 日					
		年 月 日					

うえのとおり資格確認書を回収することができません。	受付日付印
年 月 日	
〒 ー	
事業所所在地	
事業所名称	
事業主氏名	
電 話 ー ー	

社 会 保 険 労 務 士 記 載 欄	
---------------------	--

印刷製本包装機械健康保険組合