

※督促	年 月 日
※回収	年 月 日

常務理事	事務長	担当者

健康保険資格確認書等 回収不能・紛失届

被保険者等記号・番号 氏名	記号番号				氏 名							
被保険者であった者の住所	住 所											
回 収 不 能 等 の 対 象 者	氏 名			生年月日			性 別	続 柄	高齢受給者証 交付		資格確認書等を返納できない理由	
	被保険者	(氏)	(名)	昭和 平成	年	月	日	男 ・ 女	本人	有 ・ 無		有 ・ 無
	被扶養者	(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男 ・ 女		有 ・ 無		有 ・ 無
	被扶養者	(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男 ・ 女		有 ・ 無		有 ・ 無
	被扶養者	(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男 ・ 女		有 ・ 無		有 ・ 無
	被扶養者	(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男 ・ 女		有 ・ 無		有 ・ 無
	被扶養者	(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男 ・ 女		有 ・ 無		有 ・ 無

上記の者について、資格確認書等が回収不能であるため届出します。なお、資格確認書等を回収したときは、ただちに返納します。

令和 年 月 日

事業所名称

受付日付印

事業所担当者確認欄

記載内容について誤りがないか申請者本人に確認している。

事業主氏名

※この届は資格確認書・高齢受給者証を返納できない場合に提出します。