

健康保険
資格確認書回収不能届

常務理事	事務長	課長	課長代理	係長	主任	係

資格確認書(有効期限内)の返戻ができない場合にご使用ください。

被 保 険 者 情 報	記号		番号		生年月日 昭和・平成 年 月 日		
	個人番号 (マイナンバー)	<div></div>	<div></div>	<div></div>	喪失時等で記号・番号がわからないときは個人番号をご記入ください		
	氏名	フリガナ -----					
	郵便番号	-		電話番号			
	住所	都 道 府 県					

回 収 不 能 対 象 者	フリガナ 氏名	続柄	生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日	回収できない理由 <input type="checkbox"/> 紛失したため <input type="checkbox"/> 督促をしたが返納がなかったため <input type="checkbox"/> その他()
	フリガナ 氏名	続柄	生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日	回収できない理由 <input type="checkbox"/> 紛失したため <input type="checkbox"/> 督促をしたが返納がなかったため <input type="checkbox"/> その他()
	フリガナ 氏名	続柄	生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日	回収できない理由 <input type="checkbox"/> 紛失したため <input type="checkbox"/> 督促をしたが返納がなかったため <input type="checkbox"/> その他()
	フリガナ 氏名	続柄	生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日	回収できない理由 <input type="checkbox"/> 紛失したため <input type="checkbox"/> 督促をしたが返納がなかったため <input type="checkbox"/> その他()

事 業 主 欄	上記の者について、資格確認書が回収不能により届出します。 なお、回収したときは、ただちに返納します。	
	事業所所在地	
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電話番号	

社会保険労務士の 提出代行者名記入欄	
-----------------------	--

受付日付印
