

健康保険 資格確認書 滅失・回収不能届

常務理事	事務長	課長	係長	係員

被保険者情報	事業所 記号		被保険者 整理番号		氏名	(フリガナ)	生年月日	○昭和 ○平成	年	月	日
	住所	〒 - TEL - -									
	退職 理由	○任意 ○解雇 ○定年 ○失踪			その他 理由						

被保険者記入欄	返納できない者の氏名		生年月日		喪失(削除)日		返納できない理由(詳細に)	
	被保険者	(フリガナ)	○昭和 ○平成	年 月 日	令和 年 月 日			
	被扶養者①	(フリガナ)	○昭和 ○平成 ○令和	年 月 日	令和 年 月 日			
	被扶養者②	(フリガナ)	○昭和 ○平成 ○令和	年 月 日	令和 年 月 日			
	被扶養者③	(フリガナ)	○昭和 ○平成 ○令和	年 月 日	令和 年 月 日			

※事業所記入欄	資格確認書返納督促日				督促状況(詳細に記入してください)											
	令和	年	月	日												
	令和	年	月	日												
	令和	年	月	日												

事業主記入欄	上記の通り、資格確認書を返納できません。	
	事業所 所在地	〒 -
	事業所 名 称	
	事業主 氏 名	
	連絡先	TEL - -

令和 年 月 日 提出

受付印

社会保険労務士の提出代行者記入欄	