

常務理事	事務長	適用M	担当	担当

健康保険 資格確認書 回収不能届 (事業主記入)

令和 年 月 日提出

店 所 コ ド		事 業 所 名													
1															
場 合 に、 事 業 主 が 提 出 す る も の で す。 添 認 書 を 格 認 す。 付 書 回 て を 收 返 が 納 さ し き る な い こ と が め 、 で き 「 ま た な い 被 保 い 保 は い 3 2 健 康 届 出 裏 保 險 書 付 組 の 合 提 と 出 あ 在 が 場 不 明 し か わ そ ら の す 本 資 届 出 き に 確 書 は 努 認 に 添 付 收 回 の 回 收 行 動 及 び 提 出 資 格 外 の 保 い だ さ い を 右 記 に	記 号		番 号		被 保 險 者 (社 員) の 氏 名						性 別				
											1 男				
											2 女				
被保険者(社員本人)の生年月日				退社年月日				資格喪失年月日				※健保記入欄			
5 7	昭和 平成	年	月	日	9	令和	年	月	日	9	令和	年	月	日	
被 保 險 者 (社 員) の 住 所 ま た は 退 職 時 の 住 所															
〒															
退職の事由															
回収不能となった 被保険者・被扶養者の氏名				(氏)		(名)		(氏)		(名)					
				(氏)		(名)		(氏)		(名)					
				(氏)		(名)		(氏)		(名)					
回収不能となった理由				1. 転居先不明なため 2. 返納を要請するも応じず											
※該当番号を○で囲んでください				※内容証明郵便を送付した場合 は送付年月日を記載ください				年 月 日 送付							
資 格 確 認 書 の 返 納 を 督 促 し た 状 況															
回収担当責任者名 印				1 回 目	年	月	日	〔督促方法〕 ※該当を○で囲む 電話・文書・口頭(訪問)・その他()							
				〔督促した結果〕 ※応答の有無、到着、不達等											
所属長・人事責任者名 印				2 回 目	年	月	日	〔督促方法〕 ※該当を○で囲む 電話・文書・口頭(訪問)・その他()							
				〔督促した結果〕 ※応答の有無、到着、不達等											
				3 回 目	年	月	日	〔督促方法〕 ※該当を○で囲む 電話・文書・口頭(訪問)・その他()							
				〔督促した結果〕 ※応答の有無、到着、不達等											
上記のとおり資格確認書を回収することができません。今後も回収に努め、回収できたときはただちに返納いたします。 また、回収までの間に、万が一保険診療を受けた場合には、医療費の回収に努めます。															
令 和 年 月 日										経営役職者名					
印															

上記のとおり資格確認書を回収することができません。今後も回収に努め、回収できたときはただちに返納いたします。また、回収までの間に、万が一保険診療を受けた場合には、医療費の回収に努めます。

令和 年 月 日 経営役職者名 印

事業所所在地		受付日付印
事業所名称		
事業主氏名		
電話		