

健康保険 資格確認書 回収不能届
(事業主記入)

常務理事	事務長	適用M	担当	担当

令和 年 月 日提出

《注意事項》

1 この届書は所在不明により資格確認書の回収ができないため、または再三の返納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することができない
2 被保険者の所在が不明であるときは、回収行動と結果を右記に記載の上、健康保険組合と協力し、その対応に努めること
3 本届出書の提出にもかかわらず資格確認書の回収のご提出ください。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。

店 所 コ ー ド		事 業 所 名											
記 号		番 号		被 保 険 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 昭和 7 平成		年 月 日		9 令和		年 月 日		9 令和		年 月 日			
被 保 険 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 ※該当番号を○で囲んでください				1. 転居先不明なため									
				2. 返納を要請するも応じず									
				※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					

事 業 所 所 在 地	
事 業 所 名 称	
事 業 主 氏 名	
電 話	

受 付 日 付 印