

(注意事項)

ア、この届書は被保険者の所在不明により資格確認書(健康保険証)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(健康保険証)を返納しないため、「被保険者資格喪失届」または「被扶養者(異動)届減」に資格確認書(健康保険証)を添付して返納することができない場合に、被保険者資格喪失届」または「被扶養者(異動)届減」に添付して提出するものです。

イ、被保険者等記号・番号は①マイナンバー、②資格情報のお知らせのいずれかです。
ウ、確認し記入してください。
エ、④⑥⑦の年号、③⑨⑩はそれぞれ該当する文字を○で囲んでください。
オ、被保険者の住所が不明であるときは、返戻されたハガキまたは封筒を、再三の返戻督促にもかかわらず返納しないものであるときは返納督促状の写などをこの届書に添付してください。

伺年月日	年 月 日	常務理事	事務長	部長	課長	課長代理	係長	係員
施行年月日	年 月 日							
無効通知発送	回収不能事由の種別	ア 所在不明 イ 不応返納		資格確認書(健康保険証)の返納があったときはその年月日		令和 年 月 日		

① 被保険者等記号・番号										健康保険資格確認書(健康保険証)回収不能届															
② 被保険者氏名										③ 性別		男・女		④ 生年月日		5:昭 7:平 9:令		年		月		日			
⑤ 被保険者住所または最後の住所										〒 -															
⑥ 被保険者の資格を取得した日					5:昭 7:平 9:令		年		月		日		⑦ 被保険者の資格を喪失した日					5:昭 7:平 9:令		年		月		日	
⑧ 解退職の事由										⑨ 資格確認書(健康保険証)(被保険者用)の回収の有無										有・無					
⑩ 被保険者の近況																									
⑪ 賃金、退職金などの被保険者に対する未払金の有無										有・無															
⑫ 回収不能となった被扶養者の氏名																									
⑬ 被保険者及び被扶養者の傷病状況										A 被保険者に傷病がないと認められる B 被保険者に傷病があると認められる C 被扶養者に傷病がないと認められる D 被扶養者に傷病があると認められる															
⑭ 資格確認書(健康保険証)の返納督促をした経過										令和 年 月 日 令和 年 月 日 令和 年 月 日 令和 年 月 日															

うえのとおり資格確認書(健康保険証)を回収することができません。										令和 年 月 日										組合受付印				
事業所所在地					〒 -					事業所名称					事業主名					電話 ()				

社会保険労務士の提出代行者									