

健康保険 資格確認書（ 回収不能・滅失 ） 届

被保険者情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者の			☐ 昭和		
				☐ 平成		
				☐ 令和		
氏名	(フリガナ)					
住所	(〒 ー) 都 道 府 県					
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()					

☒ 対象者にチェックを入れてください。

対象者	☐ 被保険者(本人)分	返納できない理由	
	☐ 被扶養者(家族)分	※下記に被扶養者について記入してください。	
	被扶養者氏名	生年月日	返納できない理由
		☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日	
	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日		
	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日		
備考			

事業主証明欄	事業所所在地	上記の者について、資格確認書が(回収不能・滅失)であるため届出します。 なお、資格確認書を回収したときは、ただちに返納します。	・任意継続被保険者の 方は事業主欄の記入 は不要です。
	事業所名称		
	事業主氏名		
	電話番号		

※この届出は資格確認書を返納できない場合に提出します。
※回収不能対象者には、後日、被保険者あてに「健康保険資格確認書の無効のお知らせ」を送付します。

(2024.12)

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄