

常務理事	事務長	部長	次長	課長	係長	主任	担当

健康保険 資格確認書 回収不能届

令和 年 月 日 提出

被 保 険 者 欄	記号・番号	記号(左つめ) <input type="text"/>		番号(左つめ) <input type="text"/>		生年月日 1 昭和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 2 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 3 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	
	被保険者氏名	フリガナ -----					
	郵便番号	<input type="text"/>		電話番号	<input type="text"/>		
	住所	都 道 府 県					

資格喪失年月日	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	資格喪失事由	<input style="width: 100%;" type="text"/>
---------	---	--------	---

対 象 者 欄	対象者	<input type="checkbox"/> 1 被保険者(本人)分のみ <input type="checkbox"/> 2 被扶養者(家族)分のみ <input type="checkbox"/> 3 被保険者(本人)および被扶養者(家族)分
	被扶養者	フリガナ 氏名 <input style="width: 100%;" type="text"/>
	被扶養者	フリガナ 氏名 <input style="width: 100%;" type="text"/>
	被扶養者	フリガナ 氏名 <input style="width: 100%;" type="text"/>

	督促年月日	督促状況
督 促	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	<input style="width: 100%;" type="text"/>
	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	<input style="width: 100%;" type="text"/>
	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	<input style="width: 100%;" type="text"/>
	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	<input style="width: 100%;" type="text"/>

督促は3回以上おこなってください。

事 業 主 欄	上記のとおり資格確認書を回収することができません。	
	事業所所在地	<input style="width: 100%;" type="text"/>
	事業所名称	<input style="width: 100%;" type="text"/>
	事業主氏名	<input style="width: 100%;" type="text"/>
	電話番号	<input style="width: 100%;" type="text"/>

受付年月日

社会保険労務士の 提出代行者名記入欄	<input style="width: 100%;" type="text"/>
-----------------------	---