

記入例

常務理事	課長	係長	係

資格確認書回収不能届

①健康保険の 記号・番号	987 — 234				
②被保険者の 氏名	健保 一郎	③被保険者の 住所	東京都大田区××2-3-4-201		
④回収できない 者の区分	1. 被保険者(本人)のみ 2. 被扶養者(家族)のみ ③ 被保険者と被扶養者				
⑤回収不能 対象者	氏名	生年月日		性別	続柄
	健保 一郎	昭和 平成 令和	5 年 9 月 25 日	男・女	本人
	健保 花子	昭和 平成 令和	6 年 4 月 17 日	男・女	妻
	健保 光	昭和 平成 令和	2 年 8 月 26 日	男・女	長男
		昭和 平成 令和	年 月 日	男・女	
		昭和 平成 令和	年 月 日	男・女	
		昭和 平成 令和	年 月 日	男・女	
⑥返納できない 理由	退職後、被保険者本人と連絡が取れなくなったため				
⑦事業所から 被保険者へ 返納を督促した 状況	事前に令和7年1月1日以降に資格確認書を返すように伝えていたが、返納がないことから令和7年1月14日、15日、16日と電話するも応答せず、メッセージも残しているが折り返しの連絡もないため				

関東めぐみ健康保険組合(R6.12)

上記の者について、資格確認書が回収不能であるため届出をします
なお、資格確認書を回収したときは、ただちに返納します。

事業所所在地

事業所

事業主

電話番号

事業主記入欄

社会保険労務士の
提出代行者欄

この届出は「資格喪失届」で、何らかの理由により事業主が被保険者から資格確認書を回収できない場合に届出いただく書類です。

紛失されたことにより資格確認書を回収できない場合は、この届出ではなく「資格確認書滅失届」を届出ください。