

《資格喪失後の提出用（事業所担当者記入）…退職者から資格確認書を回収できないとき》

常務理事	事務長	係	資格確認書の返納が あったときはその年 月日	年 月 日

健康保険 資格確認書回収不能届

被保険者等 記号番号				事業所名		
被保険者氏名				生年月日	昭・平・令 年 月 日生	
被保険者の現住所 または最後の住所						
被保険者の資格を 取得した日		昭・平・令 年 月 日		被保険者の資格を 喪失した日	令和 年 月 日	
対象者	(氏名)	(続柄)		(回収不能の理由)		
資格確認書の返納を 督促した状況		年 月 日		／応答	有・無	
		年 月 日		／応答	有・無	
		年 月 日		／応答	有・無	
		年 月 日		／応答	有・無	
上記のとおり資格確認書を回収することができず、返納できないため届出いたします。 年 月 日 事業所所在地 事業所名称 事業主の氏名						