

① 被保険者等の 記号と番号		健康保険資格確認書回収不能届				
		被保険者分・被扶養者分 氏名 続柄				
② 被保険者 の 氏 名		③ 性 別	男・女	④ 生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
⑤ 被保険者の現住所 または最後の住所						
⑥ 被保険者の資格 を取得した日	平成 令和	年 月 日	⑦ 被保険者の資格 を喪失した日	令和	年 月 日	
⑧ 解退職 の事由					⑨ 健康保険 被扶養者 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 被保険者および 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 被扶養者に傷病者がいないと認められる D 被扶養者に傷病者があると認められる					
⑬ 資格確認書の返納 方を督促した状況	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を回収することができません。 令和 年 月 日 事業所の 住 所 名 称 氏 名 電 話 ()					受付日付印	

イ この届書は、被保険者の所在不明により資格確認書の回収ができないため又は再三の返納督促にもかかわらず資格確認書を返納しないため被保険者資格喪失届に資格確認書を添付して返納することができない場合に被保険者喪失届に添付して提出するものです。

ロ 被保険者の所在が不明であるときは返戻されたハガキ又は封筒を再三の返納督促にもかかわらず返納しないものがあるときは返納方督促状の写しなどをこの届書に添付して下さい。