

健康保険 資格確認書回収不能届

訂正が必要な場合は、訂正する箇所を二重線で抹消後、正しい内容と訂正者の署名(サイン)を記載してください(従来通りの訂正印も可)

日本無線健康保険組合 御中

受付日付印

雇用保険	交付簿	個人台帳	証	DCC

同 令和 年 月 日

常務理事 事務長 係

令和 × 年 × 月 × 日 提出

被保険者等
記号・番号
(*1)

記 号 **1010**
番 号 **99999**

被 保 険 者
氏 名
生 年 月 日

健 保 太 郎

昭・平 ×× 年 × 月 × 日

被保険者
住所(居所)

〒**000 - 0000**
00県00市00町1-2-3

資格喪失年月日

令和 × 年 × 月 × 日

回収不能者の
氏 名
生年月日
続 柄

氏 名

生 年 月 日

続 柄

健 保 太 郎

昭・平・令 ×× 年×月×日

本 人

回収できない理由

電話・Eメール・手紙(簡易書留などの送付により本人へ到達している)により何度も返却を依頼しているが連絡が取れないため。

被保険者の近況

退職後、所在が分からず連絡が取れない。

資格確認書の
返納方を督促
した 状 況

令和 × 年 × 月 × 日

直接電話をし本人へ言い渡す。

令和 × 年 × 月 × 日

同上(紛失したらしいので健康保険被保険者証滅失届の提出を依頼する)

令和 × 年 × 月 × 日

手紙(簡易書留)にて催促する。(本人へ到達している)

令和 × 年 × 月 × 日

再度手紙(簡易書留)を送り、その後電話連絡をするが連絡がつかない。

事業所所在地
事業所名称
事業主氏名
電 話 番 号

(事業主の証明) 未記入のまま提出してください。
提出先: SATO社会保険労務士法人 もしくは
各会社の健康保険組合担当部門(人事・総務/担当者)
*** 健康保険組合ではありません。**
提出先については各会社の健康保険担当部門へ
お問い合わせください。

(※1) 被保険者等記号・番号が不明な場合は①資格情報のお知らせ、②マイナポータル、③資格確認書(R7.12.1までは健康保険証)、④事業所の健康保険担当部門(人事・総務/担当者)のいずれかでご確認ください。

※ 被保険者が 所在不明により資格確認書の回収ができない場合、
または**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場合**に提出してください。