

健康保険 資格確認書回収不能届

被保険者証・資格確認書を返納できない場合にご使用ください。申請書は、黒のボールペン等を使用し、楷書で枠内に丁寧に記入ください。

記入見本 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 アイウ

被 保 険 者 情 報	記号(左づめ)	番号(左づめ)	生年月日	年	月	日
	記号・番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="text"/>
	氏名	(フリガナ)				
住所	(〒	—)	都	道	
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	()	府	県	

※「電話番号(日中の連絡先)」は必ず記入してください。

回 収 不 能 の 対 象 者	氏名	生年月日	高齢受給者証		被保険者証・資格確認書を返納できない理由			
			交付	返納				
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	備考							

被保険者証・資格確認書を回収したときはただちに返納します。

令和 年 月 日

(2026. 1)

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

受付日付印