

記入例

常務理事	事務長	係

健康保険 資格確認書 滅失・回収不能届

被保険者情報	記号・番号	記号 6 3	番号(左つめ) 1 2 3 4 3 2 1	生年月日 1 昭和 5 年 0 5 月 0 5 日
	氏名	フリガナ ケンコウ コウジ 健康 幸人		
	郵便番号	3 6 0 - 0 0 4 1	電話番号	0 4 8 - 1 2 3 4 - 6 6 7 8
	住所	埼玉県 熊谷市宮町18-20		

←記号・番号はマイナポータル・資格情報のお知らせ・資格確認書のいずれかでご確認ください。
←番号は左詰めでご記入ください。

未返納の対象となる者	被保険者 フリガナ 氏名 同上	区別 <input checked="" type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> 回収不能	「滅失」の場合 ※被保険者または滅失当事者が記入してください。 【滅失した状況を具体的に記入ください】 資格確認書を入れた財布を落としてしまったため 上記のとおり滅失しましたが、資格確認書を発見した時は直ちに返納します。 署名 健康 幸人
	被扶養者① フリガナ 氏名 ケンコウ ヒサト 健康 寿人	区別 <input checked="" type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> 回収不能	
	被扶養者② フリガナ 氏名	区別 <input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> 回収不能	

←対象者が被保険者の場合は、1段目の被保険者欄の滅失に✓をしてください。
←対象者が被扶養者の場合は、2段目3段目の被扶養者欄に氏名・フリガナをご記入の上、滅失に✓をしてください。
←滅失した理由をご記入ください。

←被保険者が手書きで署名してください。

「回収不能」の場合 事業主が返納を督促した状況を記入してください。	
経過	特記事項
令和 年 月 日 電話・メール・文書・口頭 / 応答(有・無)	
令和 年 月 日 電話・メール・文書・口頭 / 応答(有・無)	
令和 年 月 日 電話・メール・文書・口頭 / 応答(有・無)	
令和 年 月 日 電話・メール・文書・口頭 / 応答(有・無)	

事業主欄	上記のとおり、資格確認書を回収することができないため、届出いたします。なお、資格確認書を回収した場合は、速やかに返納いたします。	受付日付印
	事業所所在地	
	事業所名称	
	事業主氏名 電話番号	

社会保険労務士の 提出代行者名記入欄
