

常務理事	事務長	次長	課長	係長	係

## 健康保険 資格確認書 回収不能届

被 保 険 者 情 報	記号		番号		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	
	氏名									
	資格喪失年月日	令和 年 月 日								

▼被保険者を含め対象者を記入してください。

資格確認書の回収ができなかつた者	氏名(フリガナ)	続柄	生年月日	備考
			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日
			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日
			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日
			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日

被保険者の現住所 または最後の住所	〒 -
回収不能となった 理由(詳しく)	
返納督促の状況	令和 年 月 日
	令和 年 月 日
	令和 年 月 日
	令和 年 月 日

事業主の証明	上記のとおり資格確認書を回収することができません。 資格確認書を回収したときは、ただちに返納します。	受付
	令和 年 月 日	
	事業所所在地	
	事業所名称	
	事業主氏名	
電話番号		

神奈川県電子電気機器健康保険組合

【注意事項】

この届書は、事業主が資格確認書の返納について、再三の返納督促にもかかわらず返納がされなかつた場合に「被保険者資格喪失届」に添付して提出するものです。