

常務理事	事務長	課長	係長	係員

健康保険 資格確認書滅失(回収不能)届

被保険者情報	被保険者等 (右づめ)	記号 [][]	番号 [][][][]	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	[][]	[][]	[][]	[][]
	氏名	(フリガナ)							
	住所	〒 [][] [][] [][][][] [][][][] [][][][][]							
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL (携帯番号) [][][][] [][][][] [][][][][] [][][][][]							

対象者	氏名	生年月日	続柄	返納できない理由	
		<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		

被保険者等記号・番号が不明の場合、被保険者のマイナンバーを記入してください。



[][][][]	[][][][]	[][][][]	[][][][]	[][][][]	[][][][]
--------------	--------------	--------------	--------------	--------------	--------------

事業主欄	上記の者について、資格確認書が【滅失・回収不能】であるため届出します。		令和 [][] 年 [][] 月 [][] 日
	なお、資格確認書を回収したときは、ただちに返納します。		
	事業所所在地	〒 [][] [][] [][][][] [][][][] [][][][][]	
	事業所名称		
	事業主氏名		
電話番号	[][][][] [][][][] [][][][][] [][][][][]		

社会保険労務士記載欄	氏名等
------------	-----

受付日付印

--

※この届は資格確認書を返納できない場合に提出します。