

常務理事	事務長	課長	係員

事業所	確認者	担当者

資格確認書 回収不能届

記号・番号		16 ー		被保険者氏名			
被保険者の現住所 または 退職後の住所		〒 ー		TEL ()			
性別	男 女	生年月日	昭和 平成	年 月 日生	回収不能となった 被扶養者氏名		
被保険者の資格 を取得した日		平成 令和	年 月 日	被保険者の資格 を喪失した日	令和	年 月 日	
資格確認書の返納を督促 した状況及び督促年月日		令和 年 月 日					
		令和 年 月 日					
		令和 年 月 日					
		令和 年 月 日					
上記のとおり督促しましたが、資格確認書を回収することができません。							
令和 年 月 日 提出							
事業所所在地							
事業所名称							
事業主氏名							
電話 () 番							
備考	【注意事項】 1. この届書は、被保険者、被扶養者の所在不明により資格確認書の回収ができない又は、再三の督促にもかかわらず資格確認書を返納することができない場合に提出するものです。 2. 被保険者、被扶養者の所在が不明であるときは、返戻されたハガキ又は封筒を、再三の督促にもかかわらず返納しないときは督促状の写しなどをこの届書に添付してください。 3. 督促状況は詳しく記入してください。						

決裁日付印	確認日付印	受付日付印