

添付不能事由の種別		無効及返納通知発送状況		常務理事	部長	課長	主任	担当
イ. 所在不明	契印	送付日						
ロ. 紛失		回収日						
ハ. その他		処理日						
								入力印

健康保険 被保険者証 資格確認書 添付不能(紛失)届

※枠内に丁寧に記入ください。

被 保 険 者	被保険者等の 記号・番号	記号	番号	取得日	喪失日
			—	年 月 日	年 月 日
	氏名	(フリガナ)			生年月日
					☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日
	住所	(〒 —)			
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL	()	携帯電話	- -

回 収 不 能 等 の 対 象 者	氏名	生年月日	性別	高齢受給者証		被保険者証等を返納できない理由	
				交付	返納		
		☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年 月 日	☐ 男 ☐ 女	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無	
		☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年 月 日	☐ 男 ☐ 女	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無	
		☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年 月 日	☐ 男 ☐ 女	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無	

事 業 主 欄	上記被保険者の資格喪失に当り、本人に健康保険証(資格確認書)の返納を求めましたが、上記の理由で資格喪失届に添付できません。つきましては、今後は健康保険証の回収不能のないよう注意すると共に、万一今回の無効健康保険証(資格確認書)によって保険給付事故発生の場合は、事業主においてその解決の責任を負います。	
	令和 年 月 日	
	(〒 —)	
	事業所所在地	
	事業所名称 事業主氏名 電 話	()

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	印	受 付 印
-----------------------	---	-------