

# 資格確認書 (返却・回収) 不能

どちらか○で囲って下さい。  
 被保険者が記入の場合:返却  
 事業主が記入の場合:回収

被保険者等の 記号・番号	記号	1000	番号	
被保険者の氏名	性別	男・女	生	
資格確認書の返却又は 回収ができなかった人の 氏名・生年月日 (被扶養者分)	氏名	生年月日	備考	
		S H R	年 月 日	
		S H R	年 月 日	
		S H R	年 月 日	
返却又は回収不能 となった理由	被 保 険 者	・返却不能: <input type="checkbox"/> 紛失のため <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	事 業 主	・回収不能: <input type="checkbox"/> 退職後連絡が取れないため <input type="checkbox"/> 被保険者から紛失の連絡があったため <input type="checkbox"/> その他 ( )		
資格確認書の 返納督促状況 (回収不能の場合記入)	令和 年 月 日	電話連絡	直接訪問	手紙
	令和 年 月 日	電話連絡	直接訪問	手紙
	令和 年 月 日	電話連絡	直接訪問	手紙
返 却 不 能 の 場 合	上記のとおり資格確認書を返却することができません。 令和 年 月 日 住所 被保険者 氏名			
回 収 不 能 の 場 合	上記のとおり資格確認書を回収することができません。 なお、資格確認書を回収したときはただちに返納します。 令和 年 月 日 住所 事業主 氏名			

被保険者本人の場合は、記入不要  
です。

返却不能の場合こちらを記  
入してください。署名もお願  
いします。

回収不能の場合督促状況のを記入をお願い  
します。