

※ 督 促	令和 年 月 日
※ 回 収	令和 年 月 日

常務理事	事務長	課 長	課 長	担当者

健康保険 資格確認書 回収不能届

記 号 番 号		記号	1	0	0	番号						職員番号		
被保険者であった者の氏名・住所		氏 名						住 所	〒			電話		
勤 務（配 属）して いた 事 業 所		名 称						所在地						
回 収 不 能 の 対 象 者	氏 名		生 年 月 日					性 別	続 柄	資格確認書の返納を督促した状況 ※その他記入方法（例 自宅訪問等）				
	被保険者	(氏)	(名)	昭和 平成		年		月		日	男・女	本 人	令和 年 月 日	電話・文書 その他（ ）
		令和 年 月 日	電話・文書 その他（ ）											
		令和 年 月 日	電話・文書 その他（ ）											
	被扶養者	(氏)	(名)	昭和 平成 令和		年		月		日	男・女		令和 年 月 日	電話・文書 その他（ ）
		令和 年 月 日	電話・文書 その他（ ）											
		令和 年 月 日	電話・文書 その他（ ）											
	被扶養者	(氏)	(名)	昭和 平成 令和		年		月		日	男・女		令和 年 月 日	電話・文書 その他（ ）
		令和 年 月 日	電話・文書 その他（ ）											
		令和 年 月 日	電話・文書 その他（ ）											
	被扶養者	(氏)	(名)	昭和 平成 令和		年		月		日	男・女		令和 年 月 日	電話・文書 その他（ ）
		令和 年 月 日	電話・文書 その他（ ）											
		令和 年 月 日	電話・文書 その他（ ）											

上記の者について、資格確認書が回収不能であるため届出します。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

事 業 所 所 在 地 東京都杉並区高井戸西 3－5－2 4

事 業 所 名 称 日本年金機構

事 業 主 氏 名 労務管理部長

受付日付印

※ この届書は資格確認書を返納できない場合に提出してください。
なお、届書提出後に資格確認書を回収したときは、日本年金機構健康保険組合に返納してください。
資格喪失後に不正に資格確認書を使用した場合は刑法により詐欺罪で罰せられます。