

健康保険 資格確認書 回収不能届

任意継続被保険者記入用

被保険者証・資格確認書を返納できない場合にご使用ください。申請書は、黒のボールペン等を使用し、楷書で枠内に丁寧に記入ください。

記入見本 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 アイウ

被 保 険 者 情 報	記号(左づめ)	番号(左づめ)	生年月日	年	月	日
	記号・番号		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成			
	氏名	(フリガナ)				
住所	(〒 -)	都 道 府 県				
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()					

※「電話番号(日中の連絡先)」は必ず記入してください。

回 収 不 能 の 対 象 者	氏名	生年月日	高齢受給者証		被保険者証・資格確認書を 返納できない理由	
			交付	返納		
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	備考					

被保険者証・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

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

(2026.1)
受付日付印