

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

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・番号	記号(左づめ)	番号(左づめ)	生年月日	年	月	日
				☐ 昭和 ☐ 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		資格確認書を返納できない理由
			交付	返納	
	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年 月 日	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無	
	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年 月 日	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無	
	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年 月 日	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無	
備考					

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

受付日付印

(2026.6)