

資格確認書の 返納があったときは その年月日	令和 年 月 日	係	
------------------------------	----------	---	--

常務理事	事務長	担当	台帳

健康保険 資格確認書回収不能届

① 被保険者の 記号 - 番号	—				
② 被保険者の 氏名		③ 性別 男 ・ 女	④ 生年月日 昭和 平成 年 月 日生		
⑤ 被保険者の現住所 または最後の住所	〒 —				
⑥ 被保険者の資格 を取得した日	昭和 平成 年 月 日 令和	⑦ 被保険者の資格 を喪失した日	令和 年 月 日		
⑧ 退職の事由			⑨ 被扶養者の 有 無 有・無 人		
⑩ 回収ができなかった 対象者	対象者氏名		生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日		
	対象者氏名		生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日		
	対象者氏名		生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日		
	対象者氏名		生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日		
	対象者氏名		生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日		
	対象者氏名		生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日		
	対象者氏名		生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日		
⑪ 回収不能となった理由					
⑫ 返納を督促した状況	令和 年 月 日				
	令和 年 月 日				
	令和 年 月 日				
	令和 年 月 日				
上記のとおり資格確認書を回収することができません。 令和 年 月 日 TISインテックグループ健康保険組合 理事長 殿 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話番号				受付日付印 	

- (注 意 事 項)
1. この届書は、被保険者の所在不明により資格確認書の回収ができないため、又は再三の返納督促にもかかわらず資格確認書を返納しないため、「被保険者資格喪失届」に資格確認書を添付して返納することができない場合に、事業主が提出するものです。(有効期限切れの資格確認書は回収不要です。)
2. ⑩については回収できなかった方すべてを記載して下さい。