

資格確認書滅失・紛失/資格喪失に伴う回収不能届

本人記入例

※この届は資格確認書を返納できない場合に提出します  
※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と訂正した方の氏名(サイン)をご記入ください。

被 保 険 者 情 報	被保険者等 記号・番号	〇〇〇	-	××××	資格喪失日	令和 7 年 5 月 1 日	
	被保険者の 氏 名	健保 太郎				被保険者の 生年月日	昭和 60 年 1 月 1 日生
	被保険者の住 民票住所及び 最後の連絡先	(〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 ) 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇一〇					
	被保険者の電話番号(必ずご記入ください)					00 - 0000 - 0000	

●回収不能の資格確認書の該当情報を記入

対 象 者 欄	氏 名	(フリガナ) ケンボ タロウ	性別	生年月日	続柄
		健保 太郎	1. 男 2. 女	昭和 60 年 1 月 1 日 平成 令和	本人
	氏 名	(フリガナ)	性別	生年月日	続柄
			1. 男 2. 女	昭和 平成 令和 年 月 日	
	氏 名	(フリガナ)	性別	生年月日	続柄
			1. 男 2. 女	昭和 平成 令和 年 月 日	

●以下必要な項目を記入してください。

本人が記入してください	
資格確認書を滅失・紛失いたしました。 発見の際には直ちに返納いたします。 なお、未返納の健康保険資格確認書による保険給付事故 等が発生した場合は私が責任を負います。	<滅失・紛失した状況(詳細に)> ・紛失した方は警察への届出は必須です。届出後にご提出ください。  気付いたら紛失していた。
被保険者 (自署) 氏 名 健保 太郎	警察 届出 令和 7 年 5 月 7 日 に 〇〇警察署 へ届出済 受付番号 : 00000

事業所が記入してください<資格確認書について返納督促の経過>	
<未返納の理由>(該当する番号に○) 1.退職後、所在不明で連絡が取れないため 2.督促するも返納に応じない	
3.その他( )	
督促年月日	督促方法
令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> 口頭 <input type="checkbox"/> その他( )
令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> 口頭 <input type="checkbox"/> その他( )

事 業 主 欄	上記の通り、資格確認書が回収できず返納できないため、届出いたします。	
	事業主	住所 令和 年 月 日
	氏名	

(健康保険組合使用欄)

常務理事	事務長			担当者

受付日付印

事業所記入例

資格確認書滅失・紛失/資格喪失に伴う回収不能届

※この届は資格確認書を返納できない場合に提出します  
※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と訂正した方の氏名(サイン)をご記入ください。

被 保 険 者 情 報	被保険者等 記号・番号	000	-	XXXX	資格喪失日	令和 7 年 5 月 1 日	
	被保険者の 氏 名	健保 太郎				被保険者の 生年月日	昭和 60 年 1 月 1 日 生 平成
	被保険者の住 民票住所及び 最後の連絡先	(〒 000 - 0000 ) 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇一〇					
	被保険者の電話番号(必ずご記入ください)	00-0000-0000					

●回収不能の資格確認書の該当情報を記入

対 象 者 欄	氏 名	(フリガナ) ケンポ タロウ	性別	生年月日	続柄
		健保 太郎	1. 男 2. 女	昭和 60 年 1 月 1 日 平成 令和	本人
	氏 名	(フリガナ)	性別	生年月日	続柄
			1. 男 2. 女	昭和 年 月 日 平成 令和	
	氏 名	(フリガナ)	性別	生年月日	続柄
			1. 男 2. 女	昭和 年 月 日 平成 令和	

●以下必要な項目を記入してください。

本人が記入してください	
資格確認書を滅失・紛失いたしました。 発見の際には直ちに返納いたします。 なお、未返納の健康保険資格確認書による保険給付事故 等が発生した場合は私が責任を負います。	<滅失・紛失した状況(詳細に)> ・紛失した方は警察への届出は必須です。届出後にご提出ください。
被保険者 (自署) 氏 名	警察 届 出 令和 年 月 日 に へ届出済 受付番号 :

事業所が記入してください<資格確認書について返納督促の経過>	
<未返納の理由>(該当する番号に○) 1.退職後、所在不明で連絡が取れないため 2.督促するも返納に応じない	
3.その他( )	
督促年月日	督促方法
令和 7 年 7 月 1 日	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール <input checked="" type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> 口頭 <input type="checkbox"/> その他( )
令和 7 年 8 月 1 日	<input checked="" type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> 口頭 <input type="checkbox"/> その他( )

事 業 主 欄	上記の通り、資格確認書が回収できず返納できないため、届出いたします。	
	事業主	住所 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇一〇
	氏名	株式会社〇〇〇〇 代表取締役 健康 保
	令和 7 年 8 月 25 日	

(健康保険組合使用欄)

常務理事	事務長		担当者

受付日付印