

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	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
	被保険者の住 民票住所及び 最後の連絡先	(〒 000 - 0000) ○○県○○市○○町○○一○			
	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 平成 令和 60 年 1 月 1 日	本人
対象者欄	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	
対象者欄	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 ○○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。	
	令和 年 月 日	
	事業主 住所 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				

資格確認書滅失・紛失/資格喪失に伴う回収不能届

事業所記入例

※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 險 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
	被保険者の住 民票住所及び 最後の連絡先	(〒 000-0000) ○○県○○市○○町○○一○					
	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 平成 令和 60 年 1 月 1 日	本人	
対 象 者 欄	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		
対 象 者 欄	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。
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 令和 7 年 7 月 1 日	督促方法 <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。 令和 7 年 8 月 25 日	
	事業主 住所 氏名	○○県○○市○○町○○一○ 株式会社○○○○ 代表取締役 健康保

(健康保険組合使用欄)

常務理事	事務長			担当者	受付日付印