健康保険　資格確認書　回収不能・滅失届

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ご記入ください。

被保険者情報			
被保険者の（左づめ）	記号	番号	生年月日 □昭和 □平成 □令和　年　月　日
氏名	フリガナ		
住所	〒	都 道 府 県	
電話番号（日中の連絡先）	TEL　（　　）	携帯電話　―　―	

回収不能等の対象者欄	氏名	生年月日	区分	返納できない理由
		□昭和 □平成 □令和　年　月　日	□滅失 □回収不能	
		□昭和 □平成 □令和　年　月　日	□滅失 □回収不能	
		□昭和 □平成 □令和　年　月　日	□滅失 □回収不能	
		□昭和 □平成 □令和　年　月　日	□滅失 □回収不能	
備考				

事業主欄

上記の者について、資格確認書が回収不能であるため届出いたします。

なお、資格確認書を回収したときは、ただちに返納いたします。　　年　月　日

〒　　TEL（ハイフン除く）

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	

健保組合使用欄（以下は記入しないでください）

常務理事	事務長	課長	係長	係

受付日付印

埼玉県金属加工健康保険組合

2026.2 改