

健康保険 資格確認書 回収不能・滅失届

T05-2

被 保 険 者 情 報	記号			氏 名		生 年 月 日		
	番号					昭和 ・ 平成	年	月

回 収 不 能 等 対 象 者	本 人	◎被保険者分を届け出るときは、 ☒ を入れてください。				
		☐ 被保険者分を届け出る				
	家 族	◎下記に回収不能・滅失した被扶養者について記入してください。				
		被 扶 養 者 氏 名		生 年 月 日		
			昭和 平成 令和	年	月	日
			昭和 平成 令和	年	月	日

返 納 で き な い 理 由	◎該当するものに ☒ を入れてください。	
	☐ 回収不能 ☐ 滅 失	
	◎上記に至る経緯を説明してください。	
資格確認書を回収したとき、又は滅失した資格確認書を発見したときは、ただちに返納します。		

備 考	
-----	--

令和 年 月 日 提出

受付日付印

事 業 主 証 明 欄	上記のとおり返納できないため届出します。 なお、滅失届は申請者本人（被保険者）が作成又は記載内容について誤りがないことを確認したものです。	
	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