

秘密

資格確認書 回収不能届

(資格喪失者の資格確認書を回収できないとき)

審査	入力	一次	二次	発送

被保険者記号番号	記号		番号		被保険者氏名	
最新	の	連絡	先	住所	〒 —	

回収不能の対象者	氏名		生年月日				性別	続柄	督促方法		資格確認書を回収できない理由	
	(氏)	(名)	昭和	年	月	日	男・女	本人	文書督促	回	電話番号 ()	
			平成						電話督促	回		
			令和						その他 ()	回		
	(氏)	(名)	昭和	年	月	日	男・女		文書督促	回	電話番号 ()	
			平成						電話督促	回		
		令和				その他 ()			回			
(氏)	(名)	昭和	年	月	日	男・女		文書督促	回	電話番号 ()		
		平成						電話督促	回			
		令和						その他 ()	回			
(氏)	(名)	昭和	年	月	日	男・女		文書督促	回	電話番号 ()		
		平成						電話督促	回			
		令和						その他 ()	回			
(氏)	(名)	昭和	年	月	日	男・女		文書督促	回	電話番号 ()		
		平成						電話督促	回			
		令和						その他 ()	回			

上記の者について、資格確認書が回収不能である為届出します。尚、資格確認書を回収した時は、直ちに返納します。

年 月 日 提出

神奈川県医療従事者健康保険組合 殿

受付日付印

事業所所在地
事業所名称
事業主氏名
電話番号

社 会 保 険 労 務 士 記 載 欄