

資格確認書回収不能届

回収不能となった健康保険の記号・番号		一	区分	1・被保険者（本人） 2・被扶養者（家族） 3・世帯全体	
資格確認書が回収出来ない者	氏名	資格喪失年月日 (認定削除年月日)		住所	回収不能理由
		令和 年 月 日			
		令和 年 月 日			
		令和 年 月 日			
		令和 年 月 日			
		令和 年 月 日			

上記のとおり資格確認書の回収ができない届出を提出いたします。なお、今回の回収不能の資格確認書によって保険給付事故発生の場合は事業主において責任を負います。

令和 年 月 日

兼松連合健康保険組合理事長 様

事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話	〒 一 (局) 番
--------------------------------	--------------------

※ この届は資格喪失届または被扶養者異動届（減の場合）に有効期限内の資格確認書を添付できない場合に必要です。