

常務理事	事務長	係

資格確認書 滅失・回収不能届

被保険者の	記号	番号	氏名
	生年月日 年 月 日	連絡先（TEL）	
滅失または回収不能の対象者 ※被扶養者の場合は氏名	<input type="checkbox"/> 被保険者本人		

<input type="checkbox"/> 滅失の場合はこちらに✓を入れて被保険者が以下の欄に記入してください。			
滅失した日	<input type="checkbox"/> 不明	令和	年 月 日
滅失した状況			
上記の通り、資格確認書を滅失いたしました。令和 年 月 日提出 滅失した証を発見したときは直ちに返納いたします。 住所 被保険者の 氏名			

<input type="checkbox"/> 回収不能の場合はこちらに✓を入れて事業主が以下の欄に記入してください。			
資格喪失日	令和	年 月 日	
回収不能の理由	<input type="checkbox"/> 返納の督促に応じないため ※経過を記入してください。		【督促方法】
	1回目	令和 年 月 日	電話 / メール / 文書 / その他
	2回目	令和 年 月 日	電話 / メール / 文書 / その他
	3回目	令和 年 月 日	電話 / メール / 文書 / その他
	4回目	令和 年 月 日	電話 / メール / 文書 / その他
	<input type="checkbox"/> その他 ※詳細を記入してください。		

上記の通り、返納できないため届出します。令和 年 月 日			
事業所所在地			
事業所名称			
事業主氏名			
電 話			

社会保険労務士の提出代行者印

受付日付印