

| 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 | |
| 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。 滅失した証を発見したときは直ちに返納いたします。 | | 令和　年　月　日提出 |
| 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