

【記入見本】

事業主 健保

退職時に有効期限内の資格確認書を回収できない場合

資格確認書 滅失・回収不能届

被保険者の 記号	111	番号	22222	氏名	健保 太郎
	生年月日	連絡先 (TEL) 平成10 年 5 月 1 日 090-5555-XXXX			
滅失または回収不能の対象者 ※被扶養者の場合は氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者本人 健保 花子 (長女)				

□ 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		

✓ 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 7 年 10 月 1 日		
回収不能の理由	<input checked="" 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 7 年 10 月 1 日	電話 / <input type="checkbox"/> メール / <input type="checkbox"/> 文書 / <input type="checkbox"/> その他
	2回目	令和 7 年 10 月 5 日	電話 / <input type="checkbox"/> メール / <input type="checkbox"/> 文書 / <input type="checkbox"/> その他
	3回目	令和 7 年 10 月 15 日	<input type="checkbox"/> 電話 / <input type="checkbox"/> メール / <input type="checkbox"/> 文書 / <input type="checkbox"/> その他
	4回目	令和 7 年 10 月 31 日	<input type="checkbox"/> 電話 / <input type="checkbox"/> メール / <input type="checkbox"/> 文書 / <input type="checkbox"/> 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

この欄に事業主の証明が必要です。

社会保険労務士の提出代行者印

受付日付印