年　　月　　日

りそな健康保険組合　御中

健康保険　資格確認書　回収不能届

被保険者の 記号と番号		被保険者氏名	
性別	男　・　女	生年月日	年　　月　　日生
被保険者の 現 住 所	〒　　－		
資格喪失年月日	年　　月　　日	喪失理由	

回収不能 となった 資格確認書 1，2いずれか、 または両方を ○で囲んでください。	1	被保険者（本人）分			
	2	被扶養者（家族）分　※回収不能となった被扶養者について下欄に記入してください。			
		氏名	性　別	生年月日	続柄
			男 ・ 女	年　　月　　日生	
			男 ・ 女	年　　月　　日生	
			男 ・ 女	年　　月　　日生	
			男 ・ 女	年　　月　　日生	

被保険者の近況	
督促状況	年　　月　　日
	年　　月　　日
	年　　月　　日
事業所　所在地 名　称 事業主　氏　名	上記のとおり資格確認書を回収することができません。 後日、回収したときは直ちに返納いたします。
総務担当者氏名 及び連絡先	電話

【注意事項】

この届出は、被保険者の所在不明により資格確認書の回収ができないため、または再三の返納督促にもかかわらず資格確認書を返納しないため、資格確認書を返納しない場合に提出するものです。

【健保使用欄】

	年　月　日	
常務理事	検印	担　当