

資格確認書・回収不能届

被 保 険 者 情 報	被保険者 記号・番号 (左づめ)	記号 	番号 	生年月日 年 月 日 ☐昭和 ☐平成 ☐令和	
	氏名	(フリガナ)			
	住所	(〒) 都 道 府 県			
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL	()	携帯電話	- -

回 収 不 能 等 の 対 象 者	氏名	生年月日	性別	高齢受給者証		回収不能理由 (紛失理由等)
				交付	返納	
		☐昭和 ☐平成 ☐令和 年 月 日	☐男 ☐女	☐有 ☐無	☐有 ☐無	
		☐昭和 ☐平成 ☐令和 年 月 日	☐男 ☐女	☐有 ☐無	☐有 ☐無	
		☐昭和 ☐平成 ☐令和 年 月 日	☐男 ☐女	☐有 ☐無	☐有 ☐無	
		☐昭和 ☐平成 ☐令和 年 月 日	☐男 ☐女	☐有 ☐無	☐有 ☐無	
備考						

上記の者について、資格確認書が回収不能であるため届出します。なお、資格確認書を回収したときは、ただちに返納します。

令和 年 月 日

事 業 主 欄	事業所所在地	(〒)
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電 話	()

社会保険労務士記載欄	氏名等
------------	-----

受付日付印