

資格確認書回収不能届

常務理事	事務長	業務課長	扱者

(注意事項)

イ、この届書は、被保険者の返納ができていないため、被保険者の返納督促状を添付し、昭平令の文
 字は、そのそれぞれ④の昭平令の文
 字は、そのそれぞれ④の昭平令の文

① 被保険者の記号及び番号	記号	番号		
② 被保険者の氏名	③ 性別 男・女	④ 生年 月日	昭和 平成 令和	年 月 日 生
⑤ 資格確認書の回収できなかった者の氏名・生年月日	※番号	氏名	生年 月 日	備考
			昭・平 令	年 月 日
			昭・平 令	年 月 日
			昭・平 令	年 月 日
			昭・平 令	年 月 日
⑥ 被保険者の現住所または最後の住所	〒 ー			
⑦ 被保険者の資格を取得した日	昭和 平成 令和	年 月 日	⑧ 被保険者の資格を喪失した日	令和 年 月 日
⑨ 回収不能となった理由(詳しく)				
⑩ 資格確認書返納督促状	令和	年	月	日
	令和	年	月	日
	令和	年	月	日
	令和	年	月	日

ホ、二、ハ、
 ⑤については、回収できなかった人すべてを
 書き添付して、返納督促状の写などをこの届書に
 添付してください。

上記のとおり資格確認書を回収することができません。
 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

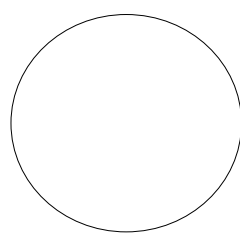
事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電話番号 () 番

* 受付印



社労士 記載欄	会員の 番号		
------------	-----------	--	--