

船員保険 資格確認書回収不能届

被保険者情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者の (左づめ)			☐昭和 ☐平成 ☐令和		
	氏名	(フリガナ)				
	住所	〒 ー 都 道 府 県				
	電話番号 (日中の連絡先)	() ー	携帯電話	ー	ー	

※「電話番号(日中の連絡先)」または「携帯電話番号」について必ず記入してください。

回収不能等の対象者	氏名	生年月日	高齢受給者証		資格確認書を返納できない理由
			交付	返納	
	☐昭和 ☐平成 ☐令和	年 月 日	☐有 ☐無	☐有 ☐無	
	☐昭和 ☐平成 ☐令和	年 月 日	☐有 ☐無	☐有 ☐無	
	☐昭和 ☐平成 ☐令和	年 月 日	☐有 ☐無	☐有 ☐無	
	☐昭和 ☐平成 ☐令和	年 月 日	☐有 ☐無	☐有 ☐無	
	備考				

上記の者について、資格確認書(高齢受給者証)が回収不能であるため届出します。

令和 年 月 日

なお、資格確認書を回収したときは、ただちに返納します。

船舶所有者欄	船舶所有者	〒 ー
	住 所	
	氏 名	
	電 話 番 号	() ー

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	氏名等
-----------------------	-----

※この届は資格確認書を返納できない場合に提出します。
※有効期限が切れた資格確認書については、本人による破棄も可能です。

受付日付印