

健康保険被保険者証回収不能届

常務理事	事務長	担当	係

① 健康保険被保険者証 の 記 号	健康保険被保険者証 の 番 号

② 被保険者の 氏 名	③ 性 別	男 ・ 女	④ 生年 月 日	昭和 平成	年	月	日生
----------------	----------	-------	-------------	----------	---	---	----

⑤ 被保険者証 の回収がで きなかつた 者の氏名・ 生年月日	氏 名	続 柄	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	
			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	平成 年 月 日	⑧ 被保険者の資格 を 喪 失 した 日	平成 年 月 日
-------------------------	----------	-------------------------	----------

⑨ 回収不能となった 理由(詳しく)	
-----------------------	--

⑩ 被保険者 証の返納 方を督促 した状況	平成 年 月 日	〈督促方法〉 A. 電話 B. 文書 C. その他()
	平成 年 月 日	A. 電話 B. 文書 C. その他()
	平成 年 月 日	A. 電話 B. 文書 C. その他()
	平成 年 月 日	A. 電話 B. 文書 C. その他()

うえのとおり被保険者証を回収することができません。
なお、被保険者証を回収したときは、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 ()

※
受 付 日 付 印

社 労 士 記 載 欄	氏名等
----------------	-----

【注意事項】

- イ. この届出書は、被保険者の所在不明により被保険者証の回収ができないため又は、再三の返納督促にも関わらず被保険者証を返納しないため、「被保険者資格喪失届」に被保険者証を添付して返納することができない場合に、「被保険者資格喪失届」に添付して提出するものです。
 - ロ. ③の男女、④の昭和・平成、⑤の昭・平・令、⑩のA、B、Cの文字は、それぞれ該当する文字を○で囲んで下さい。
 - ハ. ⑤については、回収できなかった人すべてを書いてください。
- 二. 被保険者の所在が不明であるときは、返戻されたハガキ又は封筒を、再三の返納督促にもかかわらず返納しないものであるときは返納方督促状の写しなどをこの届書に添付してください。