

常務理事	事務長	部長	課長	確認者	抜者

◎裏面の注意事項を必ずお読みください。

健康保険被保険者証回収不能届

① 被保険者証の記号と番号		記号	番号
② 被保険者の氏名		③ 性別	④ 生年月日
		男・女	昭和 年 月 日 平成 年 月 日 日生
⑤ 被保険者の現住所または最後の住所		〒 _____ TEL ()	
⑥ 実家などの緊急連絡先		〒 _____ 氏名 被保険者との関係 () TEL ()	
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 平成 令和 年 月 日
⑨ 解退職の事由			⑩ 被保険者証(被保険者用)の回収の有無 有 ・ 無
⑪ 被保険者の近況			
⑫ 賃金、退職金などの被保険者に対する未払金の有無		有 ・ 無	
⑬ 回収不能となった被扶養者の氏名			
⑭ 被保険者および被扶養者の傷病状況	A	被保険者に傷病がないと認められる	
	B	被保険者に傷病があると認められる	
	C	被扶養者に傷病がないと認められる	
	D	被扶養者に傷病があると認められる	
⑮ 被保険者証の返納を督促した状況	令和 年 月 日		
	令和 年 月 日		
	令和 年 月 日		
	令和 年 月 日		

うえのとおり被保険者証を回収することができません。

令和 年 月 日

受付日付印

事業所所在地
事業所名
事業主氏名
電話

社会保険労務士の提出代行者

(注意事項)

- ア. この届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または再三の返納督促にもかか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。
- イ. ③の男女、④の昭和、平成、⑩の有無、⑫の有無および⑭のA、B、C、D、の文字は、それぞれ該当する文字を○印で囲んでください。
- ウ. ⑬の欄は被扶養者の被保険者証が回収不能であるときに、被扶養者の氏名を記入してください。
- エ. 被保険者の所在が不明であるときは、返戻されたはがきまたは封筒を、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などをこの届書に添付してください。