

健康保険被保険者証回収不能届

常務理事	事務長	業務課長	係長	担当者

(注意事項)

イ、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又は再三の返戻勧奨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。

ロ、の男女、の明治・大正・昭和・平成、の明・大・昭・平の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。

健康保険被保険者証の記号	健康保険被保険者証の番号

被保険者の氏名	性別	男	女	生年月日	明治 大正 昭和 平成	年	月	日	
被保険者証の回収できなかった者の氏名・生年月日	氏名	続柄	生	年	月	日	備考		
	明・大		昭・平	年	月	日			
	明・大		昭・平	年	月	日			
	明・大		昭・平	年	月	日			
	明・大		昭・平	年	月	日			
	明・大		昭・平	年	月	日			

被保険者の現住所または最後の住所	〒	-
------------------	---	---

被保険者の資格を取得した日	昭和 平成	年	月	日	被保険者の資格を喪失した日	平成	年	月	日
---------------	----------	---	---	---	---------------	----	---	---	---

回収不能となった理由(詳しく)	
-----------------	--

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。

平成 年 月 日

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名 印

電話 局() 番

受付日付印

社 労 士
記 載 欄

ハ、この届書は、回収できなかった人すべてを書き添付してください。

ニ、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、再三の返戻勧奨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。