

記入例

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。

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
1999	23

被保険者の氏名	健保 太郎		性別	男	女	生年月日	明治 大正 昭和 平成	43	年	4	月	1	日
被保険者証の回収ができなかった者の氏名・生年月日	氏名	続柄	生	年	月	日	備考						
	健保 太郎	本人	明	大	43	年	4	月	1	日			
	健保 花子	妻	明	大	44	年	8	月	1	日			
			明	大		年		月		日			
			明	大		年		月		日			
			明	大		年		月		日			

被保険者の現住所または最後の住所	〒 100 - 0000 渋谷区渋谷1-1-1											
------------------	----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

被保険者の資格を取得した日	昭和 平成	10	年	4	月	1	日	被保険者の資格を喪失した日	平成	17	年	6	月	1	日
---------------	----------	----	---	---	---	---	---	---------------	----	----	---	---	---	---	---

回収不能となった理由(詳しく)	退職後に一切の連絡が取れなくなったため												
-----------------	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

被保険者証の返納方を督促した状況	平成 17 年 6 月 15 日	督促方法	A. 電話	B. 文書	C. その他()
	平成 17 年 7 月 1 日	A. 電話	B. 文書	C. その他()	
	平成 17 年 7 月 15 日	A. 電話	B. 文書	C. その他(連絡つかず)	
	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

電話 局() 番

印

受付日付印

社 労 士
記 載 欄