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

① 記　号	番　号

② 被保険者の氏名		③ 性別	男 ・ 女	④ 生年月日	昭和 平成 令和　年　月　日

⑤ 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
			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	〒　　－		
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	令和　年　月　日
⑨ 回収不能となった理由（詳しく）			
⑩ 被保険者の電話番号			

⑪ 被保険者証の返納方を督励した状況		
令和　年　月　日	〈督励方法〉 A. 電話　B. 文書　C. その他（　　）	
令和　年　月　日	A. 電話　B. 文書　C. その他（　　）	
令和　年　月　日	A. 電話　B. 文書　C. その他（　　）	
令和　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、この被保険者証を令和7年12月1日までに回収したときは、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　　局（　　）　　番

※ 受付日付印

社労士記載欄	

（注意事項）

Ⅰ 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、又は再三の返納督励にもかかわらず、被保険者証を返納しない場合に提出が必要です。

Ⅱ 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。

Ⅲ ⑪については、回収督励をした日付を記入し、督励方法を○で囲んでください。

※必ず最低4回は電話や文書等で被保険者証の返納督励してください。督励してから1カ月以上たっても回収することができない場合にのみ、この回収不能届をご提出ください。

※ 令和7年12月2日以降については、被保険者証を返却いただく必要はありませんので、回収不能届の提出は必要ありません。