

健康保険被保険者証 回収不能届

常務理事	事務長	部長	課長	係長	係員

被保険者証 記号・番号	記号 番号	被保険者 氏名	性別	男・女	生年月日	昭和 平成	年	月	日
被保険者 住所	〒 -		連絡先	自宅 または 携帯	資格喪失 年月日		年	月	日

回収不能の対象者							
氏名			続柄	氏名			続柄
被保険者	(氏)	(名)	本人	被扶養者	(氏)	(名)	
被扶養者	(氏)	(名)			(氏)	(名)	
	(氏)	(名)			(氏)	(名)	
被保険者の 近況							

被保険者証の返納を求めた年月日および、その具体的方法									
(初回) 令和	年	月	日	具体的 方法	(回) 令和	年	月	日	具体的 方法
(回) 令和	年	月	日	具体的 方法	(回) 令和	年	月	日	具体的 方法

上記の者について、被保険者証が回収不能であるため届出します。
なお、被保険者証を回収したときは、ただちに返納します。

事業所所在地 〒 -

事業所名称

事業主氏名

電話 () 番

社会保険労務士

令和 年 月 日 提出

受付日付印

(注意事項)

この届出は、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場合、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。

被保険者証が回収不能である対象者の氏名を記入してください。

被保険者の住所が不明であるときは、返戻されたはがき、または封筒をこの届書に添付してください。
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、返納督促状の写しなどを添付してください。