## 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   号																					
連絡先   連絡先   連絡先   資格喪失   年月日   年   日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日		<u>号</u> 番									性	別	男・	女	生年	月日			年	月	日
低保険者 (氏) (名)   被保険者 (氏) (本) ((氏) (氏) (名)   被保険者証の収入作 (日) (日)<			_						追	車絡 先	または								年	月	日
低保険者 (氏) (本人 (長) (本人 (長) (氏) (内) (大) (日)				0		収	不	能		の		対		象		者					
(氏)			氏		名			続	柄				氏							約	. 柄
被保険者の 近 況   (名)   (名)   (表)   (a,b)   (a,b)	被保険者	(氏)			(名)			本人			(氏)					(名)					
(氏)   (名)   (氏)   (名)   (氏)   (氏)   (名)   (氏)   (氏)   (名)   (氏)   (L)   (L	<b>加杜美老</b>	(氏)			(名)					被扶養都	(氏)					(名)					
近 況   (初回)令和	<b>似</b>	(氏)			(名)						(氏)					(名)					
(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     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。   社会保険労務士   社会保険労務士     事業所名称   事業主氏名   令和   年   月																					
(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 社会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。	被 保 険 者 証 の 返 納 を 求 め た 年 月 F									月日ま	さよて			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。   社会保険労務士     事業所所在地   〒	(初回)令	和	月	75 1771	内 去					( 📵 )	令和	年	月	田	具体的 方 法						
なお、被保険者証を回収したときは、ただちに返納します。   1 (1 会 体 ) 方	(回)令	和	月	77 PM	内 去					( 📵 )	令和	年	月	日							
事業所所在地   令和 年 月     事業所名称   受付日付     事業主氏名	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。								社会保	<b>保険労務</b>	±										
事業主氏名	事業所所在	〒 E地	_													令	和年				提出
	事業所名称														受	付 日	付印				
電話()	事業主氏名	3																			
	電話	舌		(		)	番														

## (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。