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　員

① 健康保険被保険者証の記号	健康保険被保険者証の番号

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　　日生

⑤ 被保険者証の回収ができなかった者の氏名・生年月日	※番号	氏　　名	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 被保険者証返納督励状況	令和　　年　　月　　日
	令和　　年　　月　　日
	令和　　年　　月　　日
	令和　　年　　月　　日

＊ 受付日付印

上記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。

令和　　年　　月　　日

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電　　話　　（　　）　　番

社労士記載欄		会員の番号	

（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励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、③の男女、④の昭和・平成・令和、⑤の昭・平・令の文字は、それぞれ該当する文字を○で囲んで下さい。

ハ、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。

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、再三の返納督励にもかかわらず返納しないものであるときは返納方督励状の写などをこの届書に添付してください。

ホ、「※」印欄は記入しないでください。