

# 健康保険被保険者証回収不能届

同年月日	平成	年	月	日	
常務理事	理事	事務長	課長	係長	係員

【注意事項】

1、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。

2、この届書の男女、大正・昭和・平成、の明・大・昭・平の文字は、それぞれ該当する文字をで囲んで下さい。

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				
0000	0000				
② 被保険者の氏名	日本 太郎	③ 性別	男・女	④ 生年月日	大正 昭和 47年 5月 24日 生 平成
⑤ 被保険者証の回収できなかった者の氏名・生年月日	氏名	日本 愛子	明・大 昭和 52年 3月 12日生	備考	
			明・大 昭和 年 月 日生		
			明・大 昭和 年 月 日生		
			明・大 昭和 年 月 日生		
			明・大 昭和 年 月 日生		
⑥ 被保険者の現住所または最後の住所	〒0000-0000 〇〇県〇〇市〇〇町2-1				
⑦ 被保険者の資格を取得した日	昭和 平成 15年 4月 1日	⑧ 被保険者の資格を喪失した日	平成 16年 6月 1日		
⑨ 回収不能となった理由(詳しく)	〇〇が〇〇であるので保険証の回収が出来ない為。				
⑩ 被保険者証返納督促状況	平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日	文書にて督促			
	平成 年 月 日				
	平成 年 月 日				
	平成 年 月 日				

この届出を行う場合、引続き返納督促を行ってください。

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

4、この届書は、回収できなかった人すべてを書いてください。

5、「」印欄は記入しないでください。

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。

平成〇〇年〇〇月〇〇日

事業所所在地 〇〇県〇〇市〇〇町3-5

事業所名称 〇〇〇〇株式会社

事業主氏名 〇〇 〇〇 (印)

電 話 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇 番

※  
受付日付印

社労士 記載欄	印	会員の 番号		
------------	---	-----------	--	--