



通知日	年 月 日	被保険者証の返納があったときは、その年月日				年 月 日	受領者印
督促年月日	年 月 日						
常務理事	事務長	課長	課長代理	係長	係	回収不能事由の種別	イ. 所在不明 ロ. 不応返納

(注 意 事 項)

ア、この届書は、被保険者の所在不明により被保険者の回収ができないため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、
 イ、被保険者資格喪失届に被保険者証を添付して返納ができない場合に、「被保険者資格喪失届」に添付してください。
 ウ、被保険者の所在が不明であるときは、返納されたはがきまたは封筒を、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。
 エ、昭和、昭和、平成の有無、⑧の有無、⑩の有無および⑫のA、B、C、Dの文字は、それぞれを該当する文字を

健康保険被保険者証 回収不能届

① 被保険者証の記号と番号	第 _____ 号	
② 被保険者の氏名	③ 性別 男 女	④ 生年月日
⑤ 被保険者の現住所または最後の住所	都 道 府 県 市 区 郡	〒 _____
⑥ 被保険者の資格を取得した日 昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日		⑦ 被保険者の資格を喪失した日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
⑧ 退職の事由	⑨ 健康保険被扶養者の有無 有 ・ 無	
⑩ 被保険者の近況		
⑪ 賃金、退職金などの被保険者に対する未払い金の有無		有 ・ 無
⑫ 被保険者および被扶養者の傷病状況	A 被保険者に傷病がないと認められる	
	B 被保険者に傷病があると認められる	
	C 被扶養者に傷病者がいないと認められる	
	D 被扶養者に傷病者がいると認められる	
⑬ 被保険者証の返納方を督促した状況	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	

うえのとおり被保険者証を回収することができません。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住 所 _____

事業所名 _____

事業主氏名 _____

電 話 (_____)

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者	
---------------	--