

	施行の日	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 <small>受領者印</small>
	伺の日	年	月	日		
※ 無効通知発送同		常務理事 _____	事務長 _____	課長 _____	係長 _____	係員 _____
回収不能事由の種別						イ、所在不明 口、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証の回収ができないため、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。

イ・③の男女、④の明治、大正、昭和、平成、⑨の有無、⑪の有無および⑫のA、B、C、Dの文字は、それぞれ該当する文字を○

ウ・⑫欄は、被扶養者の被保険者証が回収不能であるときに、被扶養者の氏名を記入してください。

エ・被保険者の所在が不明であるときは、返戻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。

オ・※の欄は、記入しないでください。

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	④ 生年 明治 月 日 大正 年 月 日 昭和 日 生 平成
⑤ 被保険者の現住所または最後の住所	(郵便番号) _____ 方	
⑥ 被保険者の資格を取得した日	年 月 日	⑦ 被保険者の資格を喪失した日 平成 年 月 日
⑧ 解退職の事由	⑨ 被保険者証(被保険者用)の回収の有無 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金の有無		有 ・ 無
⑫ 回収不能となった被扶養者の氏名		
⑬ 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 被扶養者に傷病がないと認められる	
	D 被扶養者に傷病があると認められる	
⑭ 被保険者証の返納方を督促した状況	平成 年 月 日	
	平成 年 月 日	
	平成 年 月 日	
	平成 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。

平成 年 月 日

事業所所在地

事業主氏名

電 話

(局) 番

受 付 日 付 印

社 会 保 険 労 務 士 の 提 出 代 行 者 印	