

常務理事	事務長	部長	次長	課長	係長	主任	担当

(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。
 イ、③の男女、④の明治、大正、昭和、平成、⑨の有無、⑩の有無および⑬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下さい。
 オ、※印の欄は、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		記号 番号						
② 被保険者の 氏名		③ 性別 男 女		④ 生年 昭和 年 月 日 平成 年 月 日		出生日		
⑤ 被保険者の現住所 または最後の住所		〒 _____ 方						
⑥ 被保険者の資格 を取得した日		昭・平・令 年 月 日		⑦ 被保険者の資格 を喪失した日		平・令 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 被扶養者に傷病者がいないと認められる D 被扶養者に傷病者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・令和 年 月 日		平成・令和 年 月 日		平成・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 日提出						
事業所所在地		事業所名称		事業主氏名		電話		
						() 番		

※ 受付日付印