

常務理事	業務局長	部長	課長	係長	係

健康保険 被保険者証回収不能届

①被保険者証の 記号・番号					
②被保険者の氏名	③性別 男・女	④生年月日	昭和 平成	年	月 日
被扶養者の氏名	ア.	イ.	ウ.		
⑤被保険者・被扶養者の現住所または最後の住所	エ.				
⑥被保険者の資格を取得した日	平成	年	月	日	⑦被保険者の資格を喪失した日
被扶養者の資格を取得した日	平成	年	月	日	被扶養者の資格を喪失した日
⑧解退職の事由					
⑨被保険者の近況					
⑩賃金、退職金などの被保険者に対する未払金の有・無					有 ・ 無
⑪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				
⑫被保険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					
所在地 〒					
事業所 名称					
代表者 印					
電話 ()					
※ 受付日付印					

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. ②の被扶養者の氏名欄ア.～ウ.は、該当する被扶養者の氏名を記入してください。
3. ③の男女、④の昭和・平成、⑩の有・無および⑪のA・B・C・Dの文字は、それぞれ該当する文字を丸でかこんでください。
4. ⑫の欄には、被保険者に返納督促をした経過を期日に沿って記入してください。
5. ※印の欄は、記入しないでください。