

常務理事	事務長	課長	係長	扱者

◎裏面の注意事項を必ずお読みください。

① 被保険者証 の記号	〇〇	② 被保険者証 の番号	〇〇〇〇	<b>健康保険被保険者証回収不能届</b>	
③ 被保険者 の氏名	部品 太郎		④ 性 別	男 ・ 女	⑤ 生年 月日
⑥ 被保険者の現住所 または最後の住所			〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇〇〇〇〇〇〇〇 TEL 〇〇(〇〇〇〇) 〇〇〇〇		
⑦ 被保険者の資格を 取得した日		年 月 日	⑧ 被保険者の資格を 喪失した日		平成 年 月 日
⑨ 被保険者 の近況	不明などわかる範囲で必ず記入				
⑩ 回収不能となった 被扶養者の氏名	部品 〇〇				
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 被保険者証の返納 を督促した状況	平成 〇〇年 〇月 〇日		自宅に電話		
	平成 〇〇年 〇月 〇日		本人宅に行くが留守だった		
	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 〇〇年 〇月 〇日

事業所所在地 〇〇〇 〇〇〇1-1-1

事業主氏名 株式会社〇〇〇〇 〇〇〇〇

電話 〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇

-----  
受付日付印

社会保険労務士の提出代行者印	
	(印)

## (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. ④の男女、⑤の昭和、平成および⑩のA、B、C、D、の文字は、それぞれ該当する文字を○印で囲んでください。
- ウ. ⑩の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。