

常務理事	事務長	課長	調整官	係長	扱者

健康保険被保険者証等回収不能届【被保険者・被扶養者用】

① 被保険者等の記号・番号	② 被保険者の氏名	③ 性別	④ 生年月日
—		男・女	昭和 平成 令和 年 月 日
⑤ 資格喪失日	⑥ 被保険者の現住所または最後の住所(※下記住所に返納督促いたします)		
平成 令和 年 月 日	〒 — (TEL — —)		
⑦ 被保険者の近況			
⑧ 回収不能となった 被保険者 被扶養者の氏名	(被保険者)		()
	()		()
	()		()
被保険者証等の返納 督促をした経過 ※実施日を記入し、 督促方法を○で 囲んでください	1回目	令和 年 月 日	電話・メール・文書・口頭 その他()
	2回目	令和 年 月 日	電話・メール・文書・口頭 その他()
	3回目	令和 年 月 日	電話・メール・文書・口頭 その他()
	4回目	令和 年 月 日	電話・メール・文書・口頭 その他()

うえのとおり被保険者証等を回収することができません。
令和 年 月 日

事業所所在地
事業所名称
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

その他連絡先

〒

【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等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等を返納しないため、「被保険者資格喪失届」に被保険者証等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の元号、⑤の元号にはそれぞれ該当する文字を○印で囲んでください。
- ウ. ⑧の欄は被扶養者の被保険者証等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。