

常務理事	事務長	課長	調整官	係長	扱者

### 健康保険被保険者回収不能届【被保険者・被扶養者用】

① 被保険者証の記号・番号	② 被保険者の氏名	③ 性別	④ 生年月日	
〇〇〇—〇〇〇	健保 太郎	男 女	昭和 5 平成 7 年 10 月 19 日 令和 9	
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)			
令和 2 年 7 月 1 日	〒 〇〇〇—〇〇〇〇 〇〇〇〇〇〇 (TEL 〇〇〇 — 〇〇〇〇 — 〇〇〇〇 )			
⑦ 被保険者の近況	退職時に返却について説明するも、その後、音信不通			
⑧ 回収不能となった 被保険者 被扶養者の氏名	健保 太郎 (被保険者)	( )		
	健保 〇〇 (妻)	( )		
	( )	( )		
被保険者証の返納 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 9 年 2 月 7 月 1 日	電話	メール ・ 文書 ・ 口頭 その他 ( )	
	2回目 令和 9 年 2 月 7 月 1 日	電話	メール	文書 ・ 口頭 その他 ( )
	3回目 令和 9 年 2 月 7 月 1 日	電話 ・ メール	文書	口頭 その他 ( )
	4回目 令和 9 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を回収することができません。

令和 元 年 7 月 〇 日

受付日付印

事業所所在地 〇〇〇〇〇  
事業所名称 〇〇〇〇  
事業主氏名 〇〇  
電話 〇 〇 ( 〇〇〇〇 ) 〇〇〇〇

社会保険労務士の提出代行者

その他連絡先

〒 〇〇〇—〇〇〇〇  
〇〇〇〇〇

#### 【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。