健康保険

被保険者証・資格確認書 回収不能届

（注意事項）

イ、この届出は、被保険者の所在不明により被保険者証・資格確認書の回収ができないため又は再三の返納督励にもかかわらず被保険者証・資格確認書を返納しないため、「被保険者資格喪失届」に被保険者証・資格確認書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。

ロ、③の男女、④の昭和・平成、⑤の昭・平・令の文字はそれぞれ該当する文字を○で囲んで下さい。

ハ、⑤については、回収できなかった人すべてを書いてください。

ニ、被保険者の所在が不明であるときは、返戻されたハガキ又は封筒を、再三の返納督励にもかかわらず返納しないものであるときは返納方督励状の写などをこの届書に添付してください。

部長	課長	係長	主任	係員

① 健康保険記号	健康保険番号

② 被保険者の氏名		③ 性別	男 ・ 女	④ 生年月日	昭和 平成 年 月 日生

⑤ 回収不能となった者の氏名 生年月日 回収不能内容	氏名	生年月日	回収不能内容
		昭・平・令 年 月 日	□被保険者証 □資格確認書
		昭・平・令 年 月 日	□被保険者証 □資格確認書
		昭・平・令 年 月 日	□被保険者証 □資格確認書
		昭・平・令 年 月 日	□被保険者証 □資格確認書
		昭・平・令 年 月 日	□被保険者証 □資格確認書

⑥被保険者の現住所または最後の住所	〒 ー

⑦被保険者の資格を取得した日	昭和 平成 令和 年 月 日	⑧被保険者の資格を喪失した日	昭和 平成 令和 年 月 日

⑨回収不能となった理由（詳しく）	

⑩ 被保険者証・資格確認書返納督励状況	
	令和 年 月 日
	令和 年 月 日
	令和 年 月 日
	令和 年 月 日

上記のとおり被保険者証・資格確認書を回収することができません。

なお、被保険者証・資格確認書を回収したときは、ただちに返納します。

令和 年 月 日

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電話 （ ） 番

※受付日付印

社労士記載欄	