

# 健康保険被保険者証回収不能届

部長	課長	係長	主任	係員

①健康保険被 保険者証の記号		健康保険被 保険者証の番号			
② 被保険者の 氏名		③ 性別 男・女	④ 生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日生		
⑤ 被保険者証の 回収ができな かった者の 氏名・生年月日	氏名		生年月日		備考
			昭・平・令 年 月 日		
			昭・平・令 年 月 日		
			昭・平・令 年 月 日		
			昭・平・令 年 月 日		
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 年 月 日 令和	⑧被保険者の資格 を喪失した日	昭和 平成 年 月 日 令和		
⑨回収不能となった 理由（詳しく）					
⑩ 被保険者証 返納督促状況	令和 年 月 日				
	令和 年 月 日				
	令和 年 月 日				
	令和 年 月 日				

※ 受付日付印

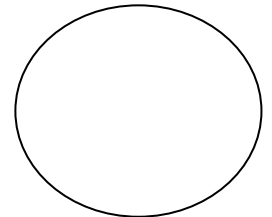
上記のとおり被保険者証を回収することができません。

なお、被保険者証を回収したときは、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 ( )

印  
番



(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。  
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。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この届書に添付してください。