

健康保険 被保険者証 回収不能届

常務	事務長	部長	次長	課長	補佐	係長	主任	扱者

令和 年 月 日 提出

事業主欄	健康保険 被保険者証記号	
	事業所 所在地	〒 -
	事業所 名称	
	事業主 氏名	
	電話番号	()

下記のとおり、健康保険被保険者証を回収することができません。なお、今後も引き続き督促を行い、証を回収できた場合はただちに返納いたします。

受 付 印

社会保険労務士記載欄 氏名等

被保険者欄	① 被保険者 証番号		② 氏名	(フリガナ) (氏) (名)	③ 生年 月日	昭和 平成	年	月	日	④ 性別	男 女
	⑤ 住 所	〒 -									
	⑥ 資格取得年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	⑦ 資格喪失年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	電話 ()

- ①から⑥までの該当欄を記入してください。
- この届出書は、資格喪失後の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場合や、再三の返納督促にもかかわらず被保険者証を返却しないため健康保険組合に被保険者証を返納することができない場合に提出するものです。
- この届出書は、資格喪失届をご提出いただいてから2ヶ月程度の督促を続けたあとにご提出ください。その間に、当健保組合から被保険者本人宛に被保険者証の返納通知を発送します。
- 70歳以上の方の高齢受給者証が回収不能になったことを届け出るときは、「高齢受給者証回収不能届」を提出してください。

届出の対象者	① 氏名	(フリガナ) (氏) (名)	② 続柄	① 氏名	(フリガナ) (氏) (名)	② 続柄
	① 氏名	(フリガナ) (氏) (名)	② 続柄	① 氏名	(フリガナ) (氏) (名)	② 続柄

届出の理由	③ 解退職の事由	
	④ 被保険者の近況	

証の返納を督促した経過	⑤ 督促した年月日	令和 年 月 日	⑥ 督促状況 (詳細に記載してください)
	令和 年 月 日		
	令和 年 月 日		
	令和 年 月 日		
	令和 年 月 日		