

健康保険 被保険者証

回収不能届

常務理事	事務長	部長	補佐	係長	主任	係

記号	番号	被保険者の氏名	生年月日			性別	資格喪失年月日				
			昭 平	年	月	日	男 女	昭 平	年	月	日
被保険者の住所							被扶養者の有無				
〒							有 ・ 無				
電話 ()											

証の回収ができない者	氏名		続柄		氏名		続柄	
	氏名		続柄		氏名		続柄	

解退職の事由	
被保険者の近況	

証の回収の督促状況	督促した年月日	督促状況（詳細に記載してください。）
	平成 年 月 日	

◎ この届書は、資格喪失後の被保険者の所在不明により被保険者証が回収できない場合や、※再三の返納督促にもかかわらず被保険者証を返納しないため、健保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。

※ 資格喪失届が提出された翌月に当健保組合から被保険者本人宛に保険証の返納通知を発送します。
回収不能届が提出されてしまうとその通知を発送することができません。
回収不能届は資格喪失届のご提出後2ヶ月程度督促を続けその後にご提出ください。

上記のとおり、健康保険被保険者証を回収することができません。
 なお、引き続き督促し証の返却があった場合は、ただちに返納いたします。

〒

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電話 ()

平成 年 月 日提出

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者印