

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 (フリガナ) 氏名 (氏) (名)	③ 生年月日	昭和 平成	年	月	日	④ 性別	男 女
	⑤ 住所	〒 -	電話 ()	⑥ 資格取得年月日	昭和 平成 令和	年	月	日		

下記のとおり、被扶養者の健康保険被保険者証を回収することができませんので届出します。
なお、健康保険被保険者証を回収できたときは、ただちに返納します。

被保険者氏名 _____

①から④までの該当欄を記入してください。
 ○この届出書は、被扶養者であった者が所在不明となったことにより被保険者が被扶養者の被保険者証を回収できず、健康保険組合に被保険者証を返納できない場合に提出するものです。単に被保険者証を無くしただけの場合は、「被保険者証滅失届」を提出してください。
 ○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（家族用）」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 削除の事由	
	④ 被扶養者の近況 (回収できない事由)	