

受 付 年 月 日	年 月 日	常務理事	事務局長	業務部長	課 長	担 当 者
伺 年 月 日	年 月 日					
決 裁 年 月 日	年 月 日					
被 保 険 者 証 の 返 納 が あ っ た 時 は、そ の 年 月 日	年 月 日					

健康保険 被保険者証回収不能届

※この届書は、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、また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。

① 被保険者証の 記号・番号	-				
② 被 保 険 者 の 氏 名	③ 性別	男・女	④ 生年月日	年 月 日生	
⑤ 被保険者の現住所 または最後の住所	〒 -				
⑥ 被保険者の資格 を取 得 した 日	⑦ 被保険者の資格 を喪失した日		年 月 日		
⑧ 解退職の事由				⑨ 健康保険被扶養者 の 有 無	有 ・ 無
⑩ 被保険者の近況					
⑪ 賃金・退職金などの被保険者に対する未払金の有無	有 ・ 無				
⑫ 被 保 険 者 及 び 被扶養者の傷病状況	A 被 保 険 者 に 傷 病 が な い と 認 め ら れ る				
	B 被 保 険 者 に 傷 病 が あ る と 認 め ら れ る				
	C 被 扶 養 者 に 傷 病 者 が い な い と 認 め ら れ る				
	D 被 扶 養 者 に 傷 病 者 が い る と 認 め ら れ る				
⑬ 被保険者証の返納 方を督促した状況	令 和 年 月 日				
	令 和 年 月 日				
	令 和 年 月 日				
	令 和 年 月 日				

うえのとおり被保険者証を回収することができません。	
年 月 日	
事 業 所 所 在 地	
事 業 所 名 称	
事 業 主 氏 名	⑩
電 話 番 号	()

受 付 日 付 印

社会保険労務士 の提出代行者印		⑩
--------------------	--	---