

常務理事	事務局長	部長(代)	課長(代)	係長	担当者

① 被保険者証の記号番号		記号	健康保険被保険者証回収不能届		
		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		昭和 平成 令和 年 月 日	⑦ 被保険者の資格を喪失した日		令和 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いの有無		有・無			
⑫ 回収不能となった者の氏名・生年月日・続柄		氏名	続柄	生年月日	
				昭・平・令	年 月 日生
				昭・平・令	年 月 日生
				昭・平・令	年 月 日生
				昭・平・令	年 月 日生
⑬ 被保険者および被扶養者傷病状況		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 被扶養者に傷病がないと認められる D 被扶養者に傷病があると認められる			
⑭ 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			
		令和 年 月 日			

社会保険労務士記載欄

受付日付印

事業所所在地	〒	—
事業所名称		
事業主氏名		
電話	()	

(ア)この届書は次の理由により被保険者証を「被保険者資格喪失届」に添付して返納することができない場合に提出するものです。
・被保険者の所在が不明のとき
・再三の返納督促にもかかわらず返納しないとき
(イ)③、④、⑨、⑩はそれぞれ該当する文字を○印で囲んでください。
(ウ)⑫欄は、被扶養者の被保険者証が回収不能であるときに、被扶養者の氏名を記入してください。
(エ)被保険者の所在が不明であるときは、返戻されたハガキまたは封筒を、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をこの届書に添付してください。