

常務理事	事務局長	部長(代)	課長(代)	係長	担当者

記入例

(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返納してください。
 ・(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。

① 被保険者証 の記号番号	記号 1234 番号 567	健康保険被保険者証回収不能届			
② 被保険者の氏名	健保 太郎	③ 性別 男・女	④ 生年月日 昭和平成令和	53年 6月 7日生	
⑤ 被保険者の現住所 または最後の住所	〒 105-0011 東京都港区芝公園〇-〇-〇				
⑥ 被保険者の資格 を取得した日	昭和平成令和	20年 4月 1日	⑦ 被保険者の資格 を喪失した日	令和	5年 7月 15日
⑧ 解退職の事由	自己都合による退職			⑨ 健康保険 被扶養者の有無	有・無
⑩ 被保険者の近況	不明				
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		
	健保 太郎	本人	昭・平・令 53年 6月 7日生		
	健保 花子	妻	昭・平・令 60年 4月 2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	<input checked="" type="radio"/> A 被保険者に傷病がないと認められる <input type="radio"/> B 被保険者に傷病があると認められる <input checked="" type="radio"/> C 被扶養者に傷病がないと認められる <input type="radio"/> 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 5年 7月 16日	電話にて督促			
	令和 5年 7月 21日	郵送にて督促			
	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	〒 105-0011
事業所名称	東京都港区芝公園〇-〇-〇
事業主氏名	(株)××××自動車
電話	東京 太郎 03-△△△△-△△△△