

常務理事	事務長		処理者

健康保険被保険者証等 回収不能届

◎ この届書は、被保険者証等を返納できない場合に提出してください。なお、届書提出後に被保険者証等を回収したときは、直ちに返納してください。

①	健康保険被保険者証		被保険者の氏名				生年月日			性別		
	記号	番号					昭和 平成	年	月	日	男・女	
	資格取得年月日	H R	年	月	日	資格喪失年月日	H R	年	月	日	被扶養者	有・無
	被保険者の住所 (現住所・帰省先等)											
電話番号 ()			携帯電話番号 ()									

②	回収不能対象者	種別	氏名	生年月日	回収できない原因	
		<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 他()				本人
		<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 他()	家族	昭和 平成 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> 回収不能 <input type="checkbox"/> その他()
		<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 他()	家族	昭和 平成 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> 回収不能 <input type="checkbox"/> その他()

③	滅失により返納できない場合に、被保険者が記入してください(③欄記入の場合は、下記④欄の記入は不要です)			
	滅失した年月日	令和 年 月 日	滅失した理由(詳細)	
	滅失した場所			
滅失	※被保険者証を滅失された場合は、状況により警察署へ届け出てください(遺失届または盗難届)			
	上記のとおり、被保険者証等を返納できません。なお、被保険者証等を発見した時は直ちに返納いたします。			
	令和 年 月 日	被保険者住所	氏名	印

④	上記③欄が未記入の場合に、事業主が記入してください			
	被保険者の近況			
	回収できない理由(詳細)			
	被保険者に返納を督促した状況	督促した日	督促の方法及び結果	
		令和 年 月 日		
		令和 年 月 日		
上記のとおり、被保険者証を回収することができません。なお、今後とも被保険者証の回収に努め、回収できた時は直ちに返納いたします。				
令和 年 月 日		受付日付印		
事業所所在地				
事業所名称				
事業主氏名		印		
電話番号				

⑤	社会保険労務士の提出代行者印	印
---	----------------	---