

保険証等を返納・添付できないとき

退職または保険証等変更時に保険証等を返納・添付できない場合には、「健康保険被保険者証等回収不能届」をお届出ください。なお、届出後に保険証等を回収したときは、ただちにご返納ください。

申請書類：「健康保険被保険者証等回収不能届」(単票)

提出期限：すみやかに

添付書類：不要

記号・番号をご記入ください。

被保険者の資格取得年月日をご記入ください。

回収不能の証の種類をご記入ください。

被保険者本人が回収不能のときは最上段に、被扶養者が回収不能のときは2段目以降にご記入ください。

紛失により保険証が返納できない場合に被保険者がご記入ください。
この欄を被保険者が記入の場合、下記欄は記入不要です。

事業所の記入欄については、提出日、会社所在地、会社名、代表者名、電話番号をご記入ください。(社判の押印でも結構です)

健康保険被保険者証等 回収不能届		常務理事	事務長	処理者
健康保険被保険者証 記号 1234	健康保険被保険者証 番号 9999	被保険者の氏名 健保 太郎		生年月日 昭和 平成 4 7 0 5 1 1
資格取得年月日 H 年 月 日 19 4 1	資格喪失年月日 H 年 月 日 22 3 31	被扶養者 有・無 有・無		性別 男・女
被保険者の住所 (現住所・帰省先等) 東京都中央区日本橋大伝馬町 - -				
電話番号 03 ()		携帯電話番号 090 ()		
回収不能対象者	種別	氏名	生年月日	回収できない原因
被保険者本人	被保険者証 高齢受給者証 他()	健保 太郎	昭和 平成 47 5 11	減失 回収不能 その他()
被扶養者	被保険者証 高齢受給者証 他()	家族	昭和 平成 年 月 日	減失 回収不能 その他()
被扶養者	被保険者証 高齢受給者証 他()	家族	昭和 平成 年 月 日	減失 回収不能 その他()
減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(欄記入の場合は、下記欄の記入は不要です)				
減失した年月日	平成 22 年 3 月 20 日	減失した理由 (詳細)	財布を落としたため、警察には届出いたしました。	
減失した場所	近所のスーパー			
被保険者証を減失された場合は、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、被保険者証等を見つけた時は直ちに返納いたします。 平成 22 年 3 月 31 日				
被保険者住所 東京都中央区日本橋大伝馬町 - - 氏名 健保 太郎				
上記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	不明			
回収できない理由(詳細)	連絡をしてもつながらない			
被保険者に返納を督促した状況	督促した日	平成 22 年 3 月 5 日	督促の方法及び結果	
		平成 22 年 3 月 10 日	電話をするが、番号変更のためつながらず	
		平成 22 年 3 月 25 日	督促状を出すも、所在不明で返送される	
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。				
事業所所在地	東京都中央区日本橋大伝馬町 - -			
事業所名称	株式会社			
事業主氏名	健保 一郎			
電話番号	03 (1234) 5678			
社会保険労務士の提出代行者印				

被保険者の資格喪失年月日をご記入ください。

被扶養者がいる場合には「有」を、いない場合には「無」を で囲んでください。

回収不能の理由をご記入ください。

被保険者印をご捺印ください。

被保険者退職後における回収困難等の場合に、事業主様をご記入ください。

被保険者により上記欄が記入されている場合は記入不要です。

代表者印のご捺印をお願いいたします。