

健康保険被保険者証・資格確認書回収不能届

※ 無効通知発送伺	伺 の 日	令和 年 月 日				部長	課長	課長補佐	チーフ	係
	施 行 の 日	令和 年 月 日								
	回 収 不 能 事 由 の 種 別	ア 所在不明 イ 不応返納		被保険者証・資格確認書の 返納年月日			令和 年 月 日			

(注意事項)

ア、この届書は被保険者の所在不明により被保険者証、資格確認書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、資格確認書を返納しない為「被保険者資格喪失届」に添付して提出するものです。

ア、③の男女、④の昭和、平成、⑨の有無、⑩の有無
および⑬のA、B、C、Dの文字は、それぞれ該当する文字を○

① 被保険者等 記号と番号	77 ----- 12	健康保険証、資格確認書の別 (いずれかを選択してください)		健康保険証 資格確認証			
② 被保険者 の氏名	電子 太郎		③ 性別	男	④ 生 年 月 日	平成 10年 12月 1日 生	
⑤ 被保険者の現住所 または最後の住所/電話番号	東京都△△区△△町4-5-6			(郵便番号)	111 - 2222	(日中連絡先)	03 - 123 - 4567
⑥ 被保険者の資格を 取得した日	令和 5年 12月 1日		⑦ 被保険者の資格を 喪失した日	令和 6年 12月 1日			
⑧ 解 退 職 の 事 由	自己都合による			⑨ 被保険者証、資格確認書 (被保険者用)の回収の有無	無		
⑩ 被 保 険 者 の 近 況	他に就職しているようである						
⑪ 賃金、退職金などの被保険者に対する未払金の有無							
⑫ 回収不能となった 被扶養者の氏名	電子 一子						
⑬ 被保険者および被 扶養者の傷病状況	<input checked="" type="checkbox"/> A 被保険者に傷病がないと認められる <input type="checkbox"/> B 被保険者に傷病があると認められる <input checked="" type="checkbox"/> C 被扶養者に傷病がないと認められる <input type="checkbox"/> D 被扶養者に傷病があると認められる						
⑭ 健康保険証・資格確認 書の返納を督促した状 況 (記載必須)	令和 6年 12月 7日		本人宛に返却するようメールで促す				
	令和 6年 12月 14日		本人の携帯に電話するが、応答なし				
	令和 6年 12月 20日		本人に保険証の返却督促分を出すも返却なし				
	令和 年 月 日						

うえのとおり健康保険証・資格確認書を回収することができません。

令和 年 月 日

受付日付印

事業所所在地 東京都〇〇区〇〇町1-2-3

事業所名称 〇〇〇〇株式会社

事業主氏名 代表取締役社長 東京 吾郎

電 話 3 (234 局) 6789 番

社 会 保 険 労 務 士 の 提 出 代 行 者 名