

※ 無効通知発送伺	伺 の 日	令和 年 月 日					部長	課長	主任	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		被保険者証の返納 があったときは その年月日			令和 年 月 日		受領者印	

**(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を返納しない為、「被保険者資格喪失届」に被保険者証を添付して返納することができない場合に、「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○

## 健康保険被保険者証回収不能届

① 被保険者証の 記号と番号											
② 被保険者の 氏名				③ 性別		④ 生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日		生		
⑤ 被保険者の現住所 または最後の住所/電話番号							(郵便番号)	-			
						(日中連絡先)	-		-		
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	平成・令和 年 月 日						
⑧ 解 退 職 の 事 由							⑨ 被保険者証(被保険者用) の回収の有無				
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金の有無											
⑫ 回収不能となった 被扶養者の氏名											
⑬ 被保険者および被 扶養者の傷病状況	<input 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 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 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										

うえのとおり被保険者証を回収することができません。

令和 年 月 日

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名 (印)

電 話 ( 局 ) 番

受付日付印

社 会 保 険 労 務 士 の 提 出 代 行 印

(印)