

常務理事	事務長	業務課長	係長	担当

①被保険者証の記号番号	

健康保険被保険者証回収不能届

②被保険者の氏名		③性別	男 ・ 女	④生年月日	昭和 平成	年	月	日
⑤被保険者の現住所または最後の住所								
⑥被保険者の資格を取得した日	年	月	日	⑦被保険者の資格を喪失した日	年	月	日	
⑧解退職の事由							⑨健康保険の被扶養者の有無	有 ・ 無
⑩回収不能となった理由 ※該当するほうにチェックを入れてください。	<input type="checkbox"/>	3回以上督促するも返納に応じないため ⑩の経過欄に3回以上行った経過を入力してください						
	<input type="checkbox"/>	その他の理由(詳細を記入してください) ()						
⑪被保険者証の返納督促した経過 ※実施日を入力し、督促方法にチェックを入れてください	1回目	令和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> 口頭 その他 ()		
	2回目	令和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> 口頭 その他 ()		
	3回目	令和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> 口頭 その他 ()		
	4回目	令和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> 口頭 その他 ()		

うえのとおり被保険者証を回収することができません。

事業所所在地 年 月 日

事業所名称

事業主名

【受付日付印】

【注意事項】

- この届書は、事業主が資格喪失した被保険者に被保険者証の再三の返納を実施するも、返納されなかった場合に提出するものです。
- 督促を実施したことがわかる書類のご提出をお願いする場合があります。