

	施行の日	年	月	日	被保険者証の返納があったときは、その年月日	年	月	日	受領者印
	伺の日	年	月	日		年	月	日	
常務理事 事務長 業務課長 係長 係員					回収不能事由の種類	イ、所在不明 ロ、不応返納			
※ 無効通知発送伺									

(注意事項)

イ、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又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ため、「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。

ロ、③の男女、④の明治、大正、昭和、⑨の有無、⑪の有無および⑫のA、B、C、D、の文字は、それぞれ該当する文字を丸でかこんでください。

ハ、被保険者の所在が不明であるときは、返戻されたはがき又は封筒を、再三の返納督促にもかかわらず返納しないものであるときは返納方督促状の写などをこの届書に添付して下さい。

ニ、※印の欄は、記入しないで下さい。

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	<input type="text" value="〇〇"/> 第 <input type="text" value="〇〇〇〇〇"/> 号								
② 被保険者の氏名	<input type="text" value="〇〇〇〇"/>	③ 性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	④ 生年月日	明治 大正 <input type="text" value="〇〇"/> 年 <input type="text" value="〇"/> 月 <input type="text" value="〇"/> 日 昭和 <input checked="" type="radio"/>				
⑤ 被保険者の現住所または最後の住所	〒 <input type="text" value="000-0000"/> <input type="text" value="〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇"/> 方								
⑥ 被保険者の資格を取得した日	<input type="text" value="〇〇"/> 年 <input type="text" value="〇"/> 月 <input type="text" value="〇"/> 日			⑦ 被保険者の資格を喪失した日	<input type="text" value="〇〇"/> 年 <input type="text" value="〇"/> 月 <input type="text" value="〇"/> 日				
⑧ 解退職の事由	<input checked="" type="radio"/> 定年退職							⑨ 健康保険被扶養者の有無	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無
⑩ 被保険者の近況	<input checked="" type="radio"/> 退職後転居したために連絡がとれない。								
⑪ 賃金、退職金などの被保険者に対する未払金の有無	<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無								
⑫ 被保険者および被扶養者傷病状況	<input checked="" type="radio"/> A 被保険者に傷病がないと認められる								
	<input type="radio"/> B 被保険者に傷病があると認められる								
	<input type="radio"/> C 被扶養者に傷病者がないと認められる								
	<input type="radio"/> D 被扶養者に傷病者があると認められる								
⑬ 被保険者返納方を督促した状況	<input type="text" value="〇〇"/> 年 <input type="text" value="〇"/> 月 <input type="text" value="〇"/> 日								
	<input type="text" value="〇〇"/> 年 <input type="text" value="〇"/> 月 <input type="text" value="〇〇"/> 日								
	<input type="text" value="〇〇"/> 年 <input type="text" value="〇〇"/> 月 <input type="text" value="〇"/> 日								
	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。

年 月 日

住所

事業主

氏名

印

電話 局 () 番

※

受付日付印

社会保険 労務士の 提出代行者印	<input type="text"/>	<input checked="" type="radio"/> 印
------------------------	----------------------	------------------------------------