

事業所		
		係

## 健康保険 被保険者証(カード)回収不能届

被保険者証 記号・番号	(記号) _____ (番号) _____				
被保険者の氏名	㊟	性別	男・女	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
被保険者の現住所 または最後の住所	〒 _____				
被保険者の資格を 取得した日	昭和・平成・令和 年 月 日	被保険者の資格 を喪失した日	昭和・平成・令和 年 月 日		
解退職の事由				健康保険被扶養 者の有無	有・無
被保険者の近況					
賃金、退職金などの被保険者に対する未払金の有無				有・無	
被保険者証を回収できない者 の氏名					
被保険者および被扶養 者傷病状況	A 被保険者に傷病がないと認められる				
	B 被保険者に傷病があると認められる				
	C 被扶養者に傷病者がいないと認められる				
	D 被扶養者に傷病者があると認められる				
被保険者証の返納方を 督促した状況	年 月 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。					
令和 年 月 日					
事業所所在地	〒 _____				
事業所名称					
事業主氏名	㊟				
電話	( ) _____				

### 〔注 意 事 項〕

- 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。
- 被保険者の所在地が不明であるときは、返戻されたはがきまたは封筒を、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督促状の写しなどをこの届書に添付してください。