

決裁の 年月日	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
同年月日	年	月	日					
常務理事	事務長		担当					イ. 所在不明 ロ. 不応返納
							回収不能事由 の種別	

①被保険者証の 記号と番号		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 平 令		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健康保険被扶 養者の有無	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い金の有無							有	無	
⑫被保険者及び 被扶養者の傷病 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 被扶養者に傷病がないと認められる								
	D 被扶養者に傷病があると認められる								
⑬被保険者証の 返納を督促した 状況	1回目		年	月	日				
	2回目		年	月	日				
	3回目		年	月	日				
	4回目		年	月	日				

上の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 :	〒	
名称 :		
事業主		
氏名 :		
電話 :	(局)	番

「受付印」

- (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。
 - イ. ③の男女、④の昭和 平成 令和、⑨の有無、⑪の有無及び⑫のA B C D、の文字は、それぞれ該当する文字を○で囲んでください。
 - ウ. 被保険者の所在が不明であるときは、返納方と督促状の写しなどをこの届書に添付してください。