

理事長	常務理事	事務長	課長	係長	係

①被保険者証の 記号と番号		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 令和 年 月 日
⑤住所		〒 ー					
⑥資格取得日		昭和 平成 令和 年 月 日		⑦資格喪失日		昭和 平成 令和 年 月 日	
⑧解退職 の事由						⑨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金の有無						有 ・ 無	
⑫ 被 保 険 者 お よ 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 被扶養者に傷病者がいないと認められる					
		D 被扶養者に傷病者がいると認められる					
⑬ 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。 年 月 日						受 付 日 付 印	
事業所所在地							
事業所名称							
事業主氏名							
電 話 (局) 番							
社会保険労務士 の提出代行者							

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、④、⑨、⑪、⑫は、それぞれ該当する文字を丸でかこんでください。

ウ、被保険者の所在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方督促状の写などをこの届書に添付してください。

エ、※印の欄は、記入しないでください。