



伺 の 日	令和 年 月 日	常務理事	事務局長	課 長	係 長	係	被 扶 養 者 照 合 印
施 行 の 日	令和 年 月 日						
回 収 不 由 能 の 事 由 別	ア イ 所 在 不 明 不 応 返 納	被 保 険 者 証 の 返 納 が あ っ た と き は そ の 年 月 日				令和 年 月 日	受 領 者 印

※無効通知
送 伺 発

(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ません。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、被保険者および被扶養者の傷病状況を記入し、この届書に添付して下さい。

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、被保険者および被扶養者の傷病状況を記入し、この届書に添付して下さい。

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	第 号						
② 被保険者の氏名		③ 性別	男・女	④ 生年月日	昭和 年 月 日生		
⑤ 被保険者の現住所または最後の住所	(郵便番号) _____ 方						
⑥ 被保険者の資格を取得した日	昭和 平成 令和 年 月 日	⑦ 被保険者の資格を喪失した日	令和 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の督促した状況	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。

令和 年 月 日

事業所 所在地
名称
代表者

電話 () 番

※ 受 付 日 付 印

社会保険労務士 記 載 欄	氏名等
------------------	-----