

課長	課長補佐	処理者

証返督促状	年 月 日	(特記事項)
送付年月日	年 月 日	
証返督促 (電話等)	年 月 日	
年月日	年 月 日	
無効通知年月日	年 月 日 ()	
及び医療機関名	年 月 日 ()	
証回収年月日	年 月 日	

健康保険被保険者証回収不能届

※この届書は、被保険者の所在不明または再三の返納督促にできない場合に提出してください。

被保険者証の 記号と番号	記号		番号													
被保険者の 氏名				性別	男・女	生年 月 日	昭・平	年	月	日生						
被保険者の退職時の 住所、帰省先の住所	〒															
電話番号等	電話	()	携帯電話	()												
資格取得年月日	年	月	日	資格喪失年月日	年	月	日									
解・退職の事由							被扶養者の有無	有	無							
被保険者の近況																
被保険者に対する賃金、退職金などの未払金の有無	有 ・ 無															
被保険者及び 被扶養者の 傷病状況	被保険者に傷病が(ない・ある)と認められる 被扶養者に傷病が(ない・ある)と認められる															
被保険者証の 返納を督促 した状況	令和	年	月	日	令和	年	月	日	令和	年	月	日	令和	年	月	日

◎この届出書に記入の個人情報については「健康保険法」による保険給付の支給または保険料等の徴収に関する事務において利用し、第三者には提供いたしません。

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

受付日付印

事業所所在地
事業所名称
事業主名

電話 ()

社会保険労務士 記載欄	
----------------	--