

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	
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	

被 保 険 者 証 の	記 号	
記 号 と 番 号	番 号	

健康保険被保険者証 回収不能届

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 対 于 の 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 (不 良 ・ 有) と 認 め ら れ る 被 扶 養 者 に 傷 病 が (不 良 ・ 有) 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				

◎ この徴収届出書に記入の個人情報を利用して「健康、保険法による保険給付の支給または保険料等

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

事業主名

電話 ()

受付日付印

社会保険労務士 記 載 欄	
------------------	--

※ 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もかかわらず被保険者証を返納しないために被保険者資格喪失届に被保険者証の添付ができない場合に提出してください。