

	施行の日 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
	伺の日 年 月 日	常務理事	事務長	課(係)長
給付記録				回収不能の事由 別記
※ 無効通知発送伺				不在不明 不応返納

健康保険 被保険者証回収不能届

(注意事項)

イ ア
 C ③ 失届を添をきこの
 D の男 届付返ないの
 ④ の女 ーして納いた届書
 ⑤ の昭 ④に返ないめは
 ⑥ の平 ④に返ないま被
 ⑦ の有 ④に返ないた保
 ⑧ の無 ④に返ないた者
 ⑨ の有 ④に返ないたの
 ⑩ の有 ④に返ないた所
 ⑪ の有 ④に返ないた在
 ⑫ の有 ④に返ないた不
 ⑬ A、B、 ④に返ないた明
 ⑭ の有 ④に返ないた

ウ エ
 ⑫ 欄は、被扶養者の氏名を記入して下さい。被保険者証が回収不能であるときに、被扶養者の氏名を記入して下さい。
 ⑬ 欄は、被扶養者の氏名を記入して下さい。被保険者証が回収不能であるときに、被扶養者の氏名を記入して下さい。
 ⑭ 欄は、被扶養者の氏名を記入して下さい。被保険者証が回収不能であるときに、被扶養者の氏名を記入して下さい。

① 被保険者証の記号と番号	記号	番号		
② 被保険者の氏名	③ 性別 男・女		④ 生年月日	昭和 平成 年 月 日生
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 回収不能となった被扶養者の氏名				
⑬ 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			
⑭ 被保険者証の返納方を督促した状況	平成	年	月	日
	平成	年	月	日
	平成	年	月	日
	平成	年	月	日

上記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	
住 所	
事 業 主	
氏 名	印
(局)	番

受 付 日 付 印

社会保険労務士の提出代行者印	印
----------------	---