

常務理事	事務長	部長	課長	合議	係

健康保険被保険者証回収不能届

1. 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又は再三の返納督促にもかかわらず返納しない者であるときは、返納督促状の写など、被保険者の所在が不明であるときは、返戻された郵便物を、再三の返納督促にもかかわらず返納しない者であるときは、返納督促状の写などをこの届書に添付してください。

2. ①、②の昭和・平成の文字、回収できなかった人すべてを書いてください。

3. ②の昭和・平成の文字、回収できなかった人すべてを書いてください。

4. 被保険者の所在が不明であるときは、返戻された郵便物を、再三の返納督促にもかかわらず返納しない者であるときは、返納督促状の写などをこの届書に添付してください。

① 被保険者の氏名・住所等	被保険者証の記号番号	-				
	被保険者の氏名	生年月日	昭和 平成	年	月 日	
	被保険者の住所	〒 - - 自宅： - - 携帯： - -				
② 被保険者証を回収できなかった者の氏名等	回収不能な証の種類	氏名	生年月日	性別	続柄	
	1. 被保険者証 2. 高齢受給者証		昭和 平成	年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	1. 被保険者証 2. 高齢受給者証		昭和 平成	年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	1. 被保険者証 2. 高齢受給者証		昭和 平成	年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	1. 被保険者証 2. 高齢受給者証		昭和 平成	年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	1. 被保険者証 2. 高齢受給者証		昭和 平成	年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	1. 被保険者証 2. 高齢受給者証		昭和 平成	年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
③ 事業主が記入するところ	回収できない理由					
	被保険者証返納督促状況	督促した日	督促の方法及び結果			
		令和 年 月 日	-----			
		令和 年 月 日	-----			
		令和 年 月 日	-----			

④ 事業主が証明するところ	この届書のとおり、健康保険被保者証等を回収できません。 おって、今後も回収につとめ、回収できたときはただちに返納いたします。
	令和 年 月 日
	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名
電話番号	

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者