

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

自宅及び携帯電話番号を必ず記入してください。

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かった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。

3. ③の事業主が記入するところは、事業主が証明するところ

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	〇〇〇 - 〇〇〇〇				
	被保険者の氏名	健保 一男	生年月日	昭和 平成	〇〇年〇月〇〇日	
② 被保険者の氏名等	被保険者の住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 千葉県〇〇区〇〇市〇〇町 33-3 自宅：043-000-0000 携帯：090-0000-0000				
	回収不能な証の種類	氏名	生年月日	性別	続柄	
③ 事業主が記入するところ	1. 被保険者証	健保 一男	昭和 平成	〇〇年〇月〇〇日	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	本人
	2. 高齢受給者証		令和			
	1. 被保険者証	健保 正	昭和 平成	〇〇年〇〇月〇日	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	父
	2. 高齢受給者証		令和			
	1. 被保険者証	健保 令和	昭和 平成	〇〇年〇〇月〇日	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	長男
2. 高齢受給者証		令和				
④ 事業主が証明するところ	1. 被保険者証		昭和 平成	年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	2. 高齢受給者証		令和			
	1. 被保険者証		昭和 平成	年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	2. 高齢受給者証		令和			
	1. 被保険者証		昭和 平成	年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
2. 高齢受給者証		令和				
回収できない理由	退職日当日までに保険証を回収できるよう電話や文書で返納督促を行って来ましたが、本人から何の連絡も無く、音信不通となってしまったため。					
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				
	令和〇年〇月〇日	自宅に電話連絡し、被保険者本人が出て、保険証等の返納について了解を得た。				
	令和〇年〇月〇日	自宅及び携帯電話に架電も不通				
	令和〇年〇月〇日	特定記録郵便にて証返納督促文書を送付				
	令和〇年〇月〇日	特定記録郵便にて証返納督促文書を送付				

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 〇 年 〇 月 〇 日

事業所所在地
 事業所名称
 事業主氏名
 電話番号

記入

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者