

# 被保険者証回収不能届

令和 年 月 日 提出

被保険者証 記号・番号	□□□□—□□□□□□□□	被保険者 氏名			
被保険者 住所・電話	〒 — 日中連絡可能な電話 ( ) —				
事業所 の名称					
被保険者 資格取得日	S・H・R 年 月 日	被保険者 資格喪失日	H・R 年 月 日		
回収不能 理由詳細					
被保険者証の 返納督促状況	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日		
回 収 不 能 者	氏名	生年月日	性別	続柄	備考
		S・H・R 年 月 日	男・女		
		S・H・R 年 月 日	男・女		
		S・H・R 年 月 日	男・女		
		S・H・R 年 月 日	男・女		
		S・H・R 年 月 日	男・女		
		S・H・R 年 月 日	男・女		
上記のとおり被保険者証を回収する事ができません。 回収した時はただちに返納します。					担当者
令和 年 月 日					
事業主 所在地					
名称					

## ※ 注意事項

- この届書は、①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 ②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 為「被保険者資格喪失届」に被保険者証を添付して返納できない場合に、「被保険者資格喪失届」に添付して提出するものです。
- 「回収不能者」欄には、回収できなかった人全員を記入して下さい。
- 被保険者の所在が不明であるときは返戻された葉書・封筒を、再三の返戻督促にもかかわらず返納しないときは返納督促状等の写しを、この届書に添付して下さい。

健 保 使 用 欄	常務理事	事務長	担当	受付
	令和 年 月 日 処理済			