

健康保険被保険者証回収不能届

部長	課長	係長	係

被保険者証の記号・番号		被保険者の氏名	性別
記号	番号		男・女
生年月日		被保険者の現住所	
昭和・平成	年 月 日	〒 電話 ()	
資格取得年月日		資格喪失年月日	
昭・平・令	年 月 日	平・令 年 月 日	

回収不能となった該当者 ※口にチェックをしてください	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者(該当者を以下に記入)			
	該当被扶養者氏名	生年月日	性別	続柄
		昭 平 令 年 月 日	男・女	
		昭 平 令 年 月 日	男・女	
被保険者証回収不能の事由				
資格喪失時の被保険者および被扶養者の傷病状況	被保険者の傷病が ある・ない と認められる。 被扶養者 がある・ない			
被保険者証の返納督促をした状況	① 平成・令和 年 月 日 (電話・メール・書面・口頭) ② 平成・令和 年 月 日 (電話・メール・書面・口頭)			
備考				

上記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	
事業主氏名	(印)
電話番号	()

【注意事項】
 被保険者証を紛失した場合は、本届ではなく「健康保険被保険者証滅失届」をご提出ください。

受付年月日

(1.5)

社会保険労務士の提出代行者印	(印)
----------------	-----

健康保険被保険者証回収不能届

記入例

被保険者証の記号・番号		被保険者の氏名	性別
記号 1234	番号 567	健保 太郎	男・女 男
生年月日		被保険者の現住所	
昭和・平成 50年 1月 10日		〒123-4567 東京都〇〇区〇〇町1-2 〇〇マンション102 電話 03 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇	
資格取得年月日		資格喪失年月日	
昭・平・令 28年 4月 1日		平・令 31年 4月 1日	

回収不能となった該当者 ※口にチェックをしてください	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者(該当者を以下に記入)			
	該当被扶養者氏名	生年月日	性別	続柄
	健保 花子	昭和 平令 20年 5月 1日	男・女 女	長女
		年 月 日	男・女	
被保険者証回収不能の事由	退職後、本人と連絡が取れないため			
資格喪失時の被保険者および被扶養者の傷病状況	被保険者の傷病が	ある・ない	と認められる。	
被保険者証の返納督促をした状況	① 平成・令和 31年 4月 10日 (電話・メール・書面・口頭)	② 平成・令和 1年 5月 1日 (電話・メール・書面・口頭)		
備考				

上記のとおり被保険者証を回収することができません。

令和 1年 5月 10日

〒 345-6789

事業所所在地 東京都〇〇市〇〇町3-2-1

事業所名称 医療法人社団 〇〇会

事業主氏名 理事長 〇〇 〇〇

電話番号 〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇

【注意事項】
被保険者証を紛失した場合は、本届ではなく「健康保険被保険者証滅失届」をご提出ください。



(1.5)

社会保険労務士の提出代行者印	印
----------------	---