

# 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	平成・令和	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 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 ② 平成・令和 年 月 日 ( 電話・メール・書面・口頭 ) ( 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 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

(3.2)

社会保険労務士記載欄	
------------	--