

# 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
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 ※□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 (平) 20年 5月 1日 令	男・(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。 被扶養者の傷病が ある・(ない)			
被保険者証の返納督促をした状況	① (平成)・令和 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。

(3.2)

社会保険労務士記載欄	
------------	--