



通知日	年 月 日	被保険者証の返納があったときは、その年月日	年 月 日	受領者印			
督促年月日	年 月 日						
常務理事	事務長	部長	課長	係長	係	回収不能事由の種別	イ. 所在不明 ロ. 不応返納

(注 意 事 項)

ウ、イ、ア、
納、○、被、
方被で③保、
督保かの險、
励險こ男者、
状のん女、
者で④喪、
の所だの失、
の写ながさ、
を不明に被、
この届である、
書に添付して、
返納されたい。
⑧の有無、
⑩の有無、
⑪の有無、
⑫のA、
B、
C、
Dの文字は、
それぞれを該
当する文字を

① 被保険者証の記号と番号		第 _____ 号		健康保険被保険者証 回収不能届			
② 被保険者の氏名		③ 性別	男 女	④ 生年月日	昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	日生
⑤ 被保険者の現住所または最後の住所		都 道 府 県		市 区 郡		〒 _____ - _____ - _____	
		連絡先 (自宅)		(_____)			
		(携帯)		(_____)			
⑥ 被保険者の資格を取得した日		昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	⑦ 被保険者の資格を喪失した日		平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
⑧ 退職の事由						⑨ 健康保険被扶養者の有無	
⑩ 被保険者の近況						有 ・ 無	
⑪ 賃金、退職金などの被保険者に対する未払い金の有無						有 ・ 無	
⑫ 被保険者および被扶養者の傷病状況		A 被保険者に傷病がないと認められる					
		B 被保険者に傷病があると認められる					
		C 被扶養者に傷病者がいないと認められる					
		D 被扶養者に傷病者がいると認められる					
⑬ 被保険者証の返納方を督促した状況		平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日					
		平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日					
		平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日					
		平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日					

うえのとおり被保険者証を回収することができません。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住 所 _____

事 業 所 名 _____

事業主氏名 _____ (印)

電 話 (_____)

受付日付印

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