

# 健康保険 被保険者証等

回収不能届

承認印	係

被保険者等 記号・番号	記号 番号	被保険者の 氏名	性別	男・女
生年月日	昭和 平成	年 月 日生	被保険者の資格喪失日 (退職・死亡日の翌日)	平成 令和

被保険者の住所	(〒 ー )
電話番号 ( )	

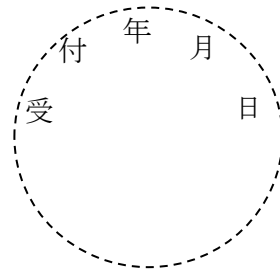
回収不能等の対象者	フリガナ	生年月日	性別	回収不能に○			返納できない理由
	氏名			被保険者証	資格確認書	高齢受給者証	
		昭和 平成 年 月 日 令和	男・女				
		昭和 平成 年 月 日 令和	男・女				
		昭和 平成 年 月 日 令和	男・女				
		昭和 平成 年 月 日 令和	男・女				

被保険者および被扶養者 傷病状況 (該当するものに○)	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あると認められる

返済方を督促した状況	①令和 年 月 日 (状況 )
	②令和 年 月 日 (状況 )
	③令和 年 月 日 (状況 )
	④令和 年 月 日 (状況 )

上記のとおり、被保険者証等を回収することができません。  
 なお、回収した場合は、直ちに返納いたします。  
 令和 年 月 日

事業所所在地  
 事業所名称  
 事業主氏名  
 電話 ( )



<注意事項>

- 1.この届出書は、被保険者が健康保険証・資格確認書・高齢受給者証を返納しない場合に、事業主が記載して提出してください。
- 2.被保険者の所在が不明のときは返戻された封筒等を、返納督促にもかかわらず返納しないときは返納督促状の写し等を添付してください。