

健康保険被保険者証回収不能届

この届書は、被保険者の所在不明により被保険者証の回収ができないため又は再三の督促にもかかわらず被保険者証を返納しないため、被保険者資格喪失届に被保険者証を添付して返納することが出来ない場合に、「被保険者資格喪失届」に添付して提出するものです。

被保険者証 の記号・番号		記号 番号		被保険者氏名		生年月日		昭和 平成		年		月		日									
減 失 し た 者	<input type="checkbox"/> 被保険者		被保険者 資格喪失日		令和		年		月		日												
	<input type="checkbox"/> 被扶養者		対 象 と な る 被 扶 養 者	氏名		生年月日		続柄		扶養削除日													
				1		昭和 平成 令和		年		月		日				令和		年		月		日	
				2		昭和 平成 令和		年		月		日				令和		年		月		日	
		3		昭和 平成 令和		年		月		日				令和		年		月		日			
被保険者の現住所			〒 - (TEL)																				
被保険者の勤務する (していた)事業所名																							
回収不能の理由			1. 退職後、所在不明で連絡が取れないため 2. 再三催促するも返納に応じないため 3. その他 ()																				
被保険者証の返納 督促をした経過			(督促状況を記入して下さい) 令和 年 月 _____ 令和 年 月 _____ 令和 年 月 _____ 令和 年 月 _____																				

うえのとおり被保険者証を回収することが出来ません

令和 年 月 日

住所

事業主 氏名

〰 受付日付印 〰