常務理事	事務長	部　長	課　長	係　長	係

健康保険被保険者証等回収不能届

① 被保険者等 記号・番号					
② 被保険者 の氏名		③ 性 別	男 ・ 女	④ 生年 月日	昭和 平成　　年　　月　　日生
⑤ 被保険者の現住所 または最後の住所	〒　　－ 方				
⑥被保険者が資格を取得した日	平成 令和　　年　　月　　日	⑦被保険者の資格を喪失した日	平成 令和　　年　　月　　日		
⑧ 退職 の事由		⑨ 被保険者証等（被保険者用）の回収の有無	有　・　無		
⑩ 被保険者 の近況					
⑪ 賃金、退職金などの被保険者に対する未払金の有無	有　・　無				
⑫ 回収不能となった 被扶養者の氏名					
⑬ 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　被扶養者に傷病がないと認められる D　被扶養者に傷病があると認められる				
⑭ 被保険者証等の返納 方を督励した状況	平成・令和　　年　　月　　日 平成・令和　　年　　月　　日 平成・令和　　年　　月　　日 平成・令和　　年　　月　　日				

うえのとおり被保険者証等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　　（　　局）　　番

受付日付印

（注意事項）

ア、この届書は被保険者の所在不明により被保険者証等の回収ができないため、または再三の返納催促にもかかわらず被保険者証等を返納しないため、「被保険者資格喪失届」に被保険者証等を添付して返納することができない場合に、「被保険者資格喪失届」に添付して提出するものです。

イ、③の男女、④の昭和、平成、⑨の有無、⑪の有無および⑬のA、B、C、Dの文字は、それぞれ該当する文字を○でかこんでください。

ウ、⑫欄は、被扶養者の被保険者証等が回収不能であるときに、被扶養者の氏名を記入してください。

エ、被保険者の所在が不明であるときは、返戻されたはがきまたは封筒を、再三の返納督励にもかかわらず返納しないものであるときは返納方督励状の写などをこの届書に添付してください。

社会保険労務士記載欄