

|      |     |    |     |
|------|-----|----|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 課長 | 担当者 |
|      |     |    |     |

### 健康保険被保険者証回収不能届

|   |                      |                        |               |                          |        |
|---|----------------------|------------------------|---------------|--------------------------|--------|
| ①<br>被保険者証の<br>記号と番号                          | 記号                   |                        |               |                          |        |
|   | 番号                   |                        |               |                          |        |
| ②<br>被保険者<br>の氏名                              | ③<br>性<br>別          | 男<br>・<br>女            | ④<br>生年<br>月日 | 昭和<br>平成<br>令和           | 年 月 日生 |
| ⑤<br>被保険者の現住所<br>または最後の住所                     | (郵便番号)               |                        |               |                          | 方      |
| ⑥<br>被保険者の資格<br>を取得した日                        | 年 月 日                | ⑦<br>被保険者の資格<br>を喪失した日 | 年 月 日         |                          |        |
| ⑧<br>解 退 職<br>の 事 由                           |                      |                        |               | ⑨<br>健康保険<br>被扶養者<br>の有無 | 有<br>無 |
| ⑩<br>被 保 険 者<br>の 近 況                         |                      |                        |               |                          |        |
| ⑪<br>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<br>被 保 険 者<br>お よ び<br>被 扶 養 者<br>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<br>被保険者証の返納<br>を督促した状況                      | 年 月 日                |                        |               |                          |        |
|   | 年 月 日                |                        |               |                          |        |
|   | 年 月 日                |                        |               |                          |        |
|   | 年 月 日                |                        |               |                          |        |
| 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 年 月 日                                      |                      |                        |               |                          |        |
| 事業所住所<br>事業所名<br>事業主名                         |                      |                        |               |                          |        |
| 電話 ( ) 番                                      |                      |                        |               |                          |        |

(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の回収ができないため、被保険者または再三の返納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、令和、⑨の有無、⑩の有無および⑫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。
- エ、※印の欄は、記入しないでください。
- ウ、被保険者の所在が不明であるときは返戻されたハガキまたは封筒を、再三の返納督促にもかかわらず返納しないものであるときは返納方督促状の写真などをこの届書に添付してください。