

常務理事	事務長	課長	担当者

**健康保険  
被保険者証・資格確認書  
回収不能届**

被保険者証の 記号と番号	記号				
	番号				
被保険者の 氏名	性別	男・女	生年 月日	昭和 平成 令和	年 月 日生
被保険者の現住所 または最後の住所	(郵便番号)				方
被保険者の資格 を取得した日	年 月 日	被保険者の資格 を喪失した日	年 月 日		
解 退 職 の 事 由				健康保険 被扶養者 の有無	有 無
被 保 険 者 の 近 況					
被保険者証・資格確 認書の返納を督促 した状況	年 月 日				
	年 月 日				
	年 月 日				
	年 月 日				
うえのとおり被保険者証・資格確認書を回収することができません。 令和 年 月 日					
事業所住所 事業所名 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・資格確認書の回収ができな  
いたため、または再三の返納督促にもかかわらず被保険者証・資格確認書を返納しな  
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、の有無は、それぞれ該当する文字を○で囲  
んでください。

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などをこの届書に添付してください。

エ、※印の欄は、記入しないでください。