健康保険
被保険者証回収不能届

① 被保険者証の 記号と番号	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 (又は退職時の住所)	〒　　－
	TEL　携帯電話 自宅

⑥ 被保険者の資格を喪失した日	平成・令和　　年　　月　　日
⑦ 回収不能となった者の区分	本人(被保険者)　・　家族(被扶養者)

⑧ 回収不能となった家族(被扶養者) の氏名		

	連絡した日付	連絡した方法
⑨ 被保険者証を返却するよう連絡した状況について、日付とその方法等、経緯を具体的に記入してください また、記入欄が足りない場合は、適宜用紙を補って記入してください 例 ○年○月○日　自宅電話へ通話、本人へ催促 ○年○月○日　自宅へ返納催促の通知を発送	年　　月　　日	
	年　　月　　日	
	年　　月　　日	
	年　　月　　日	
	年　　月　　日	

うえのとおり被保険者証を回収することができません。

年　　月　　日

事業所所在地

事 業 所 名

事業主氏名　　㊞

電　　話　　(　　局)　　番

受付日付印

税務会計監査事務所健康保険組合

※被保険者証の回収ができなかった場合や、回収が遅れた場合、その方の医療費を皆様の大切な保険料から支払うことになりますので、この届により本人と連絡が取れるよう詳しく記入してください。

社会保険労務士 の提出代行者印		㊞

(ア)この届書は次の理由により被保険者証を「被保険者資格喪失届」に添付して返納することができない場合に提出するものです。
・被保険者の所在が不明のとき
・再三連絡したのにもかかわらず返納しないとき
(イ)次の欄はそれぞれ該当する文字を○印で囲んでください。③の男女、④の昭和、平成、⑦の本人、家族
(ウ)⑧欄は、家族(被扶養者)の被保険者証が回収不能であるときに、家族(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、返戻されたハガキまたは封筒を、再三連絡したのにもかかわらず返納しないものであるときは返納催促状の写などをこの届書に添付してください。