

常務理事	事務長	事務次長	担当者

健康保険被保険者証回収不能届

被保険者証の 記号			番号		
被保険者氏名			被保険者の 生年月日	S ・ H	年 月 日
被保険者の住所	〒				
被保険者の勤務 する(していた) 事業所の	名 称				
	所在地				
被保険者の資格 を取得した日	平成・令和	年	月	日	被保険者の資格 を喪失した 日 令和 年 月 日
回収不能 事由の種別	イ、 所在不明		ロ、 不応返納		
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				
被保険者証の 返納方を 督促した状況	令和 年 月 日 状況:				
	令和 年 月 日 状況:				
	令和 年 月 日 状況:				
	令和 年 月 日 状況:				
事業主証明 欄	上記の通り被保険者証を回収することが出来ない旨、届出ます。				受付
	事業所所在地	〒 提出年月日 令和 年 月 日			
	事業所名称				
	事業主名				
	電話番号				
社会保険労務士の提出代行者					