

被保険者の退職等による被保険者証回収が出来ない場合、事業主が健保組合に提出する書類です。

記入例

## 健康保険被保険者証回収不能届

被保険者証の記号	4321	番号	90876
被保険者氏名	健保 太郎	被保険者の生年月日	<input checked="" type="radio"/> S H 47年 9月 8日
被保険者の住所	〒〇〇〇-0015 〇〇県〇〇〇市〇〇〇1-1-1		
被保険者の勤務する(していた)事業所の	名称	事業所の名称	
	所在地	事業所の所在地	
被保険者の資格を取得した日	<input checked="" type="radio"/> 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日	被保険者の資格を喪失した日	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日
回収不能事由の種別	イ、 所在不明	<input checked="" type="radio"/> 〇、 不応返納	イ、〇、いずれかに〇を
被保険者および被扶養者の傷病状況	<input checked="" type="radio"/> 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 〇〇年 〇〇月 〇〇日 状況:自宅へ電話にて催促、1週間以内に返納するとの約束あり。		
	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 状況:自宅へ電話するが不通。留守電に伝言を残した。		
	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 状況:携帯へ電話するが不通。メッセージを送信した。		
	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 状況:電話するが、自宅・携帯ともにすでに利用されていない模様。		
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			