

常務理事	事務局長	部長	G長	GL	扱者

記入例

## 健康保険被保険者証回収不能届

被保険者情報	保険証の記号番号	記号 123	番号 4567	生年月日 昭和 平成	8年 9月 10日
	氏名	(フリガナ) けんぼ けんたろう	健保 太郎丸		
	住所	(〒987-6543) 東京	〇〇区〇〇〇	△-△△-△	
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL	××(××××)××××	携帯電話	×××-××××-××××

氏名	生年月日	性別	督促日と督促状況(文書・電話等)
健保 太郎丸	昭和 平成 令和 8年 9月 10日	男 女	1月 2日 電話
			1月 9日 電話(留守電メッセージ)
			1月 16日 メール
健保 華枝	昭和 平成 令和 9年 10月 1日	男 女	1月 2日 電話
			1月 9日 電話(留守電メッセージ)
			1月 16日 メール
	月 日	男	
	令和	女	最低3回の督促をお願いします。
	昭和 平成 令和 年 月 日	男	月 日
		女	月 日
			月 日

被扶養者分も回収不能であれば  
ご記入ください。上記の者について、被保険者証が回収不能であるため届出します。  
なお、被保険者証を回収したときは、ただちに返納します。

令和 1年 2月 3日

事業主欄	事業所所在地	(〒111-2222) 〇〇県〇〇市〇〇 △△-△-△
	事業所名称	株式会社 けんぼ設計事務所 設計 健太
	事業主氏名	
	電話	(〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇)

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	
-----------------------	--

※この届は被保険者証を返納できない場合に提出します。  
※回収不能対象者には後日、被保険者あてに「健康保険被保険者証無効通知書」を送付します。

受付印

保険証の返納があった場合には その年月日(※記入不要)	令和 年 月 日	㊟
--------------------------------	----------	---