

常務理事	事務局長	部長	G長	GL	扱者

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 番号	生年月日 昭和 年 月 日 平成
	氏名	(フリガナ)	
	住所	(〒 -) <div style="display: flex; justify-content: center; gap: 10px;"> 都道 府県 </div>	
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()	携帯電話 - -

回収不能等の対象者	氏名	生年月日	性別	督促日と督促状況(文書・電話等)
		昭和 平成 令和 年 月 日	男 女	月 日 月 日 月 日
		昭和 平成 令和 年 月 日	男 女	月 日 月 日 月 日
		昭和 平成 令和 年 月 日	男 女	月 日 月 日 月 日
		昭和 平成 令和 年 月 日	男 女	月 日 月 日 月 日

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。 令和 年 月 日
 なお、被保険者証を回収したときは、ただちに返納します。

事業主欄	事業所所在地	(〒 -)
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電 話	()

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	㊟
--------------------------------	----------	---