

健康保険 被保険者証回収不能届 (被保険者用
被扶養者用)

常務理事	事務長	部長	部長代理	課長	係長	係員

被保険者証の 記号番号	—	被保険者氏名			
被保険者の現住所	〒 — ()			回収不能となった 被扶養者の氏名	
被保険者の資格を 取得した日	昭和 平成 令和	年 月 日	被保険者の資格を 喪失した日	平成 令和	年 月 日
資格喪失事由				被保険者の近況	
督促年月日	被保険者証返戻督促方法		応答		前記のとおり督促しましたが、被保険者証を回収できませんでしたので、 回収不能として届出をします。なお、被保険者証を回収したときは、直ちに 返納します。 令和 年 月 日 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話 ()
平成 令和	年 月 日	電話・文書・メール・口頭・訪問	有 ・ 無		
平成 令和	年 月 日	電話・文書・メール・口頭・訪問	有 ・ 無		
平成 令和	年 月 日	電話・文書・メール・口頭・訪問	有 ・ 無		
平成 令和	年 月 日	電話・文書・メール・口頭・訪問	有 ・ 無		
(注意事項)			社会保険労務士の 提出代行者記載欄		

- ア. この届書は、被保険者の所在不明などにより被保険者証の回収ができないため、または、再三の返納督促にもかかわらず被保険者証を返納しないため、「被保険者資格喪失届」に被保険者証を添付して返納することができない場合に、「被保険者資格喪失届」に添付して提出するものです。
- イ. 被扶養者の被保険者証が回収不能であるときに、被扶養者の氏名を記入してください。
- ウ. 被保険者の所在が不明であるときは、返戻されたはがきまたは封筒を、再三の返納督促にもかかわらず返納しないものであるときは返納方督促状の写などをこの届書に添付してください。