

常務理事	事務長	課長	係員

事業所	確認者	担当者

## 健康保険証 回収不能届

被保険者証		記号			番号			被保険者氏名	
被保険者の現住所 または 最後の住所			〒		-		TEL ( )		
性別	男 女	生年月日	昭和 平成	年 月 日生		健康保険被扶養者の有・無		有 ( )人・無	
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	
健康保険証の返納を督促 した状況及び督促年月日			令和		年 月 日				
			令和		年 月 日				
			令和		年 月 日				
			令和		年 月 日				
<p>上記のとおり督促しましたが、健康保険証を回収することができません。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日 提出</p> <p style="text-align: center;">事業所所在地</p> <p style="text-align: center;">事業所名称</p> <p style="text-align: center;">事業主氏名</p> <p style="text-align: center;">電 話 ( ) 番</p>									
備考	<p><b>【注意事項】</b></p> <p>1. この届書は、被保険者の所在不明により健康保険証の回収ができないため又は再三の返納督促にもかかわらず健康保険証を返納しないため、「被保険者資格喪失届」に健康保険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。</p> <p>2. 被保険者の所在が不明であるときは、返戻されたハガキ又は封筒を、再三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。</p> <p>3. 督促状況は詳しく記入してください。</p>								

決裁日付印	確認日付印	受付日付印