

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	1601	番号	123456	被保険者名 氏名	健康 太郎
被保険者の現住所 または 最後の住所		〒 000 - 0000 東京都〇〇区××1-2-3			TEL 00 ( 00 ) 0000	
性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	生年月日	<input checked="" type="radio"/> 昭和 <input type="radio"/> 平成	〇〇年〇〇月〇〇日生	健康保険被扶養者の有・無	<input checked="" type="radio"/> 有 ( 1 )人・無
被保険者の資格 を取得した日	<input checked="" type="radio"/> 平成 <input type="radio"/> 令和	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	
健康保険証の返納を督促 した状況及び督促年月日	令和 〇〇年〇〇月〇〇日	電話連絡したが不在。				
	令和 〇〇年〇〇月〇〇日	電話連絡したが不在。				
	令和 〇〇年〇〇月〇〇日	督促の手紙を送付する。				
	令和 〇〇年〇〇月〇〇日	督促の手紙を送付したがあて先不明で戻る。				
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。						
令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 提出						
事業所所在地 東京都千代田区岩本町3-10-1						
事業所名称 山崎製パン株式会社						
事業主氏名 事業 太郎						
電 話 00 ( 000 局) 0000 番						

備考	<p><b>【注意事項】</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>督促状況は詳しく記入してください。</li> </ol>
----	---

決裁日付印	確認日付印	受付日付印