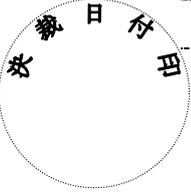


社保委員等の検印		施行の日	年	月	日	被保険者証の返納があったときは、その年月日	年	月	日	受領者印	
		伺の日	年	月	日						
		※ 無効通知発送伺	常務理事	事務長	課長	係長	扱者	現金記録	療養記録	回収不能事由の種別	イ、所在不明 ロ、不応返納

①被保険者証の記号と番号		第 _____ 号		<b>健康保険被保険者証回収不能届</b>							
②被保険者の氏名		③性別	男・女	④生年月日	和暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日生						
⑤被保険者の現住所または最後の住所		(郵便番号) _____ 方									
⑥被保険者の資格を取得した日		和暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日			⑦被保険者の資格を喪失した日		和暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日				
⑧解退職の事由								⑨健康保険被扶養者の有無	有・無		
⑩回収不能被保険者証		対象者氏名 被保険者・被扶養者 ( _____ 枚) _____									
⑪被保険者の近況											
⑫賃金、退職金などの被保険者に対する未払金の有無		有 _____ 無 _____									
⑬被保険者および被扶養者の傷病状況		A 被保険者に傷病がないと認められる									
		B 被保険者に傷病があると認められる									
		C 被扶養者に傷病者がいないと認められる									
		D 被扶養者に傷病者がいると認められる									
⑭被保険者証の返納方を督促した状況		和暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日									
		和暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日									
		和暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日									
		和暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日									

上のおり被保険者証を回収することができません。

住所 \_\_\_\_\_ 和暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

事業主 氏名 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_ 局( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ 番

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者	
---------------	--

(注意事項)

- ア、この届書は、被保険者の所在不明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、③の男女、④の明治、大正、昭和、平成、⑨の有無、⑩の有無および⑫のA、B、C、D、の文字は、それぞれ該当する文字を丸でかこんでください。
- 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。
- エ、※印の欄は、記入しないでください。