

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、	年 月 日	受領者印				
	伺の日	年 月 日	その年月日						
	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
※ 無効通知発送伺									

①被保険者証の記号と番号	000	健康保険被保険者証回収不能届								
第	0000	号								
②被保険者の氏名	健保 太郎			③性別	男	④生年月日	明治 大正 昭和 平成	〇〇年 4月 1日生		
⑤被保険者の現住所または最後の住所	〇〇県〇〇市〇〇町1-1						(郵便番号)	000-0000		方
⑥被保険者の資格を取得した日	〇〇年 〇〇月 〇〇日			⑦被保険者の資格を喪失した日	〇〇年 〇〇月 〇〇日					
⑧解退職の事由	本人都合による						⑨健康保険被扶養者の有無	有 ・ 無		
⑩被保険者の近況	音信不通									
⑪賃金、退職金などの被保険者に対する未払金の有無	有 ・ 無									
⑫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									
⑬被保険者証の返納を督促した状況	平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日 電話にて督促、1週間以内に返納するとの約束あり。									
	平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日 電話するが不通、留守番電話に伝言を行った。									
	平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日 電話するが不通、既に利用されていない模様。									
	平成 年 月 日									
<p>上のおり被保険者証を回収することができません。 〇〇年 〇〇月 〇〇日</p> <p>住所 〇〇県〇〇市〇〇町1</p> <p>事業主 (印)</p> <p>氏名 〇〇 〇〇</p> <p>電話 〇〇〇 局 (〇〇〇) 〇〇〇〇番</p>										
受付日付印										

社会保険労務士の提出代行者印	(印)
----------------	-----

(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。