※組合使用欄

常務理事	事務長	部長	課長	係長	C/P

健康保険被保険者証　回収不能届

※未返納整理簿記載済
No.

① 被保険者証の記号及び番号	記号		番号	
② 被保険者の氏名		③ 生年月日	昭・平・令　年　月　日	

④ 被保険者証の回収ができなかった者の氏名・生年月日・続柄等	氏名	生年月日	続柄
		昭・平・令　年　月　日	
		昭・平・令　年　月　日	
		昭・平・令　年　月　日	
		昭・平・令　年　月　日	
		昭・平・令　年　月　日	

⑤ 被保険者の現住所または最後の住所	〒　－ 電話　（　）
⑥ 被保険者の資格	（イ）取得日　昭・平・令　年　月　日 （ロ）喪失日　平・令　年　月　日
⑦ 回収不能となった理由（詳しく）	
⑧ 被保険者証返納督励状況	平・令　年　月　日 平・令　年　月　日 平・令　年　月　日 平・令　年　月　日

（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又は再三の返納督励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提出するものです。

（イ）記載にあたっては、次のことに留意してください。
- ●元号については、該当する文字を○印で囲んでください。
- ●④欄には、回収できなかった人すべてを書いてください。

（ウ）被保険者の所在が不明であるときは、返戻されたハガキ又は封筒を、再三の返納督励にもかかわらず返納しないものである時は返納督励上の写し等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。

事業主の証明	
	上記のとおり、健康保険被保険者証を回収することができません。 令和　年　月　日 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名　㊞ 電話

受付日付印

社労士記載欄	㊞

全国印刷工業健康保険組合