

部長 事務所長	課長	係長	係	C P U

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 被保険者証及び番号	記号	番号			
② 被保険者の氏名	③ 性別 男・女		④ 生年月日	昭和 平成	年 月 日生
⑤ 被保険者証ができた者の氏名・生年月日・続柄等	氏名	生年月日			続柄
		昭・平	年	月	日
		昭・平	年	月	日
		昭・平	年	月	日
		昭・平	年	月	日
⑥ 被保険者の現住所または最後の住所	〒		電話 () 携帯 ()		
⑦ 被保険者の資格を取得した日	昭和 平成	年	月	日	⑧ 被保険者の資格を喪失した日 平成 年 月 日
⑨ 回収不能となった理由 (詳しく)					
⑩ 被保険者証返納督促状	平成	年	月	日	
	平成	年	月	日	
	平成	年	月	日	
	平成	年	月	日	

(注意事項)

1. 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」にかかわらず被保険者証を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。

2. ③の男女、④の昭和・平成、⑤の昭・平の文字は、それぞれ該当する文字を○で囲んでください。

3. ⑤については、回収できなかった人すべてを書いてください。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。

4. ※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、被保険者証を回収することができません。 平成 年 月 日
	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名
	電話 () 番

受付日付印

社労士 記載欄	印
------------	---

全国印刷工業健康保険組合