

| | | | | | |
|------|-----|----|----|----|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 部長 | 課長 | 係長 | C/P |
| | | | | | |

健康保険 被保険者証(高齢受給者証)回収不能届

この届は資格喪失した被保険者又は被扶養者が被保険者証(高齢受給者証)を返納できない場合に提出します。
回収不能対象者には、後日、被保険者あてに「被保険者証の無効及び証の返納通知」を送付します。

| | | | | | |
|--------|------------------|---|---|--|--|
| 被保険者情報 | 被保険者等 記号・番号 | 記号(左づめ) <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | 番号(左づめ) <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> | 生年月日 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 1 昭和 2 平成 3 令和 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 年 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 月 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 日 | |
| | 個人番号 (マイナンバー) | ※ <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | | ※ 被保険者等記号・番号を記載いただければ個人番号(マイナンバー)は不要です | |
| | 氏名 | フリガナ ----- | | | |
| | 郵便番号 | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | 電話番号 | <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/> | |
| | 住所 | 都 道 府 県 | | | |

| | | | | |
|----------|------------|--|--|--|
| 回収不能の対象者 | フリガナ 氏名 | 生年月日 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 1 昭和 2 平成 3 令和 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 年 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 月 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 日 | 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 高齢受給者証 交付 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 返納 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| | フリガナ 氏名 | 生年月日 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 1 昭和 2 平成 3 令和 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 年 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 月 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 日 | 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 高齢受給者証 交付 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 返納 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| | フリガナ 氏名 | 生年月日 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 1 昭和 2 平成 3 令和 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 年 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 月 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 日 | 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 高齢受給者証 交付 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 返納 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| | フリガナ 氏名 | 生年月日 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 1 昭和 2 平成 3 令和 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 年 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 月 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 日 | 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 高齢受給者証 交付 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 返納 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |

| | |
|-----|-------------|
| 理由欄 | 回収不能の理由・経緯等 |
|-----|-------------|

上記の者について、被保険者証(高齢受給者証)が回収不能であるため届出します。
なお、被保険者証(高齢受給者証)を回収したときは、ただちに返納します。

令和 年 月 日

| | |
|------|----------------------------------|
| 事業主欄 | 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話番号 |
|------|----------------------------------|

| |
|---------------------------|
| 受付日付印 |
|---------------------------|

| | |
|-----------------------|--|
| 社会保険労務士の 提出代行者名記入欄 | |
|-----------------------|--|