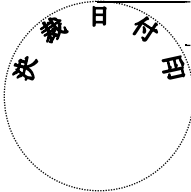


社保委員 等の検印		施行の日	年	月	日	被保険者証の返納 があったときは、 その年月日	年	月	日	受領 者印		
		伺の日	年	月	日		常務理事	事務長	課長	係長	扱者	現金記録
※ 無効通知発送伺												

①被保険者証 の記号と番号	第	号	健康保険被保険者証回収不能届								
②被保険者の氏名	(フリガナ)			③ 性別	男 ・ 女	④ 生年 月日	昭和 平成 令和	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 電話 _____ 局 () _____ 番										
⑥被保険者の資格を 取得した日	年	月	日	⑦被保険者の資格を 喪失した日	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被保険者の近況											
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 方を督促 した状況	令和 年 月 日										
	令和 年 月 日										
	令和 年 月 日										
	令和 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。							年 月 日				
住所											
事業主	印										
氏名											
電話 _____ 局 () _____ 番											
社会保険労務士 の提出代行者印							(印)				

受付日付印

(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。