

理事長	常務理事	事務長	担当者

回収不能事由の種別	ア 所在不明
	イ 不応返納

①被保険者の 記号と番号		健康保険 被保険者証回収不能届	
②被保険者の氏名	③性別	④生年月日	
	男 女	昭和 平成 令和	年 月 日生
⑤被保険者の住所又は最後の住所			
〒			
⑥被保険者の資格を取得した日		⑦被保険者の資格を喪失した日	
昭和 平成 令和 年 月 日		令和 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 被扶養者に傷病がないと認められる			
D 被扶養者に傷病があると認められる			
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			
うえのとおり被保険者証を回収することができません。			受付日付印
令和 年 月 日			
事業所所在地			
事業所名称			
事業主氏名			
電話			
			印