

常務理事	事務局長	事務局次長	課長(代)	係長	担当者

(ア)この届書は次の理由により有効な被保険者証または有効な資格確認書を「被保険者資格喪失届」に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。

- ・被保険者の所在が不明のとき
- ・再三の返納督促にもかかわらず返納しないとき
- ・(イ)③、(④)⑨、(⑪)⑯はそれぞれ該当する文字を○印で囲んでください。
- ・(ウ)⑫欄は、被扶養者の有効な被保険者証または有効な資格確認書が回収不能であるときに、被扶養者の氏名を記入してください。
- ・(エ)被保険者の所在が不明であるときは、返戻されたハガキまたは封筒を、再三の返納勧励にもかかわらず返納しないものであるときは返納方督励状の写などをこの届書に添付してください。

① 被保険者 の記号番号	記号	健康保険 被保険者証・資格確認書 回収不能届		
	番号	③ 性別 男・女	④ 生年 月日	昭和 平成 令和
② 被保険者の氏名		年 月 日生		
⑤ 被保険者の現住所 または最後の住所	〒			
⑥ 被保険者の資格 を取得した日	昭和 平成 令和	年 月 日	⑦ 被保険者の資格 を喪失した日	令和 年 月 日
⑧ 解退職の事由				⑨ 健 康 保 険 被扶養者の有無
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いの有無		有 · 無		
⑫ 回収不能となった 者 の 氏 名 · 生年月日・続柄	氏 名	続柄	生年月日	
			昭·平·令	年 月 日生
			昭·平·令	年 月 日生
			昭·平·令	年 月 日生
			昭·平·令	年 月 日生
			昭·平·令	年 月 日生
⑬ 被保険者および 被扶養者 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		
⑭ 被保険者に 返納を督励 した状況	令和 年 月 日			
	令和 年 月 日			
	令和 年 月 日			
	令和 年 月 日			
	令和 年 月 日			
社会保険労務士記載欄				
受付日付印				
事業所所在地	〒 一			
事業所名称				
事業主氏名				
電話	()			