

常務理事	事務局長	事務局次長	課長(代)	係 長	担当者

健康保険
被保険者証・資格確認書
回収不能届

① 被 保 険 者 の 記 号 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 令和	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	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	
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	〒	—
事 業 所 名 称		
事 業 主 氏 名		
電 話	()	

(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、⑬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励状の写などをこの届書に添付してください。