

健康保険 被保険者証 回収不能 届

常務理事	事務長	部長	課長	係長	係

この届書は、事業主が被保険者証の回収ができない場合に提出するものです。
被保険者証を失くしている場合は、別様式「被保険者証滅失届」を作成し提出してください。

被 保 険 者 情 報	被保険者等 (左づめ)	記号 	番号 	生年月日 5.昭和 7.平成 9.令和 年 月 日		
	氏 名	(フリガナ) 				
	住 所	〒				
	電話番号	自宅	—	—	携帯電話	—

回 収 が で き な い 方	チェック欄	回収ができない方の氏名	生年月日	続柄	備考
	☐	被保険者（本人）			
	被 扶 養 者 の 情 報 (氏名等を記入)		5.昭和 7.平成 9.令和 年 月 日		
			5.昭和 7.平成 9.令和 年 月 日		
		5.昭和 7.平成 9.令和 年 月 日			

理 由 ・ 督 促 経 過	回収不能理由 (該当番号を✓)	☐ 1.督促したが返納に応じないため ※下記の返納督促経過もご記入ください。 ☐ 2.その他の理由 ()					
	返納督促経過 (実施日を記入し、 該当する督促方法の 番号を記入。)	1回目	令和	年	月	日	1.電話 2.メール 3.文書 4.口頭 5.その他 ()
		2回目	令和	年	月	日	1.電話 2.メール 3.文書 4.口頭 5.その他 ()
		3回目	令和	年	月	日	1.電話 2.メール 3.文書 4.口頭 5.その他 ()

事 業 主 欄	事業所所在地	上記の者について、被保険者証の回収ができないため届出します。なお、回収したときには、ただちに返納します。 令和 年 月 日 〒
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電 話	()

社会保険労務士記載欄 氏名等	
-------------------	--

※ 組合記入欄	
届書 種類	1. 資格喪失 (□届と同時・□以前の届出: 処理日 R 年 月 日) 2. 扶養削除 (□届と同時・□以前の届出: 処理日 R 年 月 日) 3. 再 交 付 (□届と同時・□以前の届出: 処理日 R 年 月 日) 4. 更 新

受付日付印