

健康保険 被保険者証/資格確認書 回収不能届

被保険者情報	健康保険 記号/番号 (右づめ)	記号 [][][][]	番号 [][][][][][][][]	生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年 月 日 [][][][][][]
	氏名	(フリガナ)			メールアドレス	
					回収不能物	被保険者証 ・ 資格確認書
	電話番号 (自宅)				電話番号 (携帯)	
	住所	(〒 —) 都 道 府 県				
	緊急連絡先 (電話番号) (住所)	(氏名・続柄) (〒 —) 都 道 府 県				
被保険者の資格 を取得した 日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年 月 日 [][][][][][]	被保険者の資格 を喪失した 日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年 月 日 [][][][][][]	

回収不能等の対象者	氏名	生年月日	性別	高齢受給者証 交付 返納	返納できない理由
		☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年 月 日 [][][][][][]	☐ 男 ☐ 女	☐ 有 ☐ 無 ☐ 有 ☐ 無
		☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年 月 日 [][][][][][]	☐ 男 ☐ 女	☐ 有 ☐ 無 ☐ 有 ☐ 無
		☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年 月 日 [][][][][][]	☐ 男 ☐ 女	☐ 有 ☐ 無 ☐ 有 ☐ 無
		☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年 月 日 [][][][][][]	☐ 男 ☐ 女	☐ 有 ☐ 無 ☐ 有 ☐ 無

事業主返納督促状況	1 回目	年 月 日 [][][][][][]	2 回目	年 月 日 [][][][][][]	3 回目	年 月 日 [][][][][][]
	電話 メール 郵送 □頭 訪問		電話 メール 郵送 □頭 訪問		電話 メール 郵送 □頭 訪問	

所在不明・音信不通に該当する場合、メールアドレス・緊急連絡先の記載必須。また返戻されたハガキ又は封筒を、再三の返納督促にも関わらず返納しないものであるときは、返納督促状等の写しなどをこの届出書に添付すること。

上記の者について、被保険者証（高齢受給者証）または資格確認書が回収不能であるため届出します。
なお、被保険者証を回収したときは、ただちに返納します。

年 月 日

事業主欄	事業所所在地	(〒 —)
	事業所名称	Ⓔ
	事業主氏名	
	電話番号	

※この届は被保険者証または資格確認書を返納できない場合に提出します。（被保険者証は令和7年12月1日まで）
※回収不能対象者には、後日、被保険者あてに該当書類の「無効のお知らせ」を送付します。

(健保記入欄)	カード無効のお知らせ発行日	年 月 日	常務理事	事務長	担当	担当
	健保督促1回目	電話 メール 郵送 □頭 訪問	年 月 日			
	健保督促2回目	電話 メール 郵送 □頭 訪問	年 月 日			
	健保督促3回目	電話 メール 郵送 □頭 訪問	年 月 日			

受付印