

健康保険 被保険者証回収不能届

被保険者情報	被保険者証記号/番号 (右づめ)	記号 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	番号 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	氏名	(フリガナ)		メールアドレス			
	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)	(氏名・続柄)					
	(住所)	(〒 —) 都 道 府 県					
被保険者の資格を取得した日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	被保険者の資格を喪失した日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
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		被保険者証を返納できない理由	
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
事業主被保険者証返納督促状況	1回目	年 月 日 電話 メール 郵送 口頭 訪問	2回目	年 月 日 電話 メール 郵送 口頭 訪問	3回目	年 月 日 電話 メール 郵送 口頭 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）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	

※この届は被保険者証を返納できない場合に提出します。
 ※回収不能対象者には、後日、被保険者あてに「健康保険被保険者証の無効のお知らせ」を送付します。

(健保記入欄)	被保険者証無効のお知らせ発行日	常務理事	事務長	担当	担当	
	年 月					
	健保督促1回目	電話	メール	郵送	口頭 訪問	年 月 日
	健保督促2回目	電話	メール	郵送	口頭 訪問	年 月 日
健保督促3回目	電話	メール	郵送	口頭 訪問	年 月 日	

受付印