社保委員等の検印

常務理事	事務長	事務次長	課長	係長	係		回収不能事由の種別	イ、所在不明 ロ、不応返納

健康保険被保険者証回収不能届

① 被保険者証の記号と番号			
② 被保険者の氏名		③ 生年月日	昭和・平成　年　月　日生
④ 被保険者の現住所または最後の住所	〒　－　（電話番号）		
⑤ 被保険者の資格を取得した日	昭和・平成・令和　年　月　日	⑥ 被保険者の資格を喪失した日	令和　年　月　日

			被保険者証を返納できない理由
⑦ 回収不能の対象者	被保険者（本人）		所在不明 ・不応返納 ・ その他
	回収不能となった被扶養者の氏名		所在不明 ・不応返納 ・ その他
			所在不明 ・不応返納 ・ その他
			所在不明 ・不応返納 ・ その他
			所在不明 ・不応返納 ・ その他

⑧ 被保険者証の返納方を督励した状況	令和　年　月　日　口頭・郵便・電子メール・その他　にて督促	
	令和　年　月　日　口頭・郵便・電子メール・その他　にて督促	
	令和　年　月　日　口頭・郵便・電子メール・その他　にて督促	
	令和　年　月　日　口頭・郵便・電子メール・その他　にて督促	
	令和　年　月　日　口頭・郵便・電子メール・その他　にて督促	

うえのとおり被保険者証を回収することができません。

受付日付印

年　月　日

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名　　㊞

電話番号

社会保険労務士の提出代行者印		㊞

（注意事項）

ア、この届書は、被保険者の所在不明により被保険者証の回収ができないため、または再三の返納督励にもかかわらず被保険者証を返納しないため、「被保険者資格喪失届」に被保険者証を添付して回収することができない場合に、「被保険者資格喪失届」に添付して提出するものです。

イ、③⑤の昭和、平成、令和、⑦の被保険者証を回収できない理由、⑧の督促した方法は、それぞれ該当する文字を丸でかこんでください。

ウ、被保険者の所在が不明であるときは、返戻されたはがきまたは封筒を、再三の返納督励にもかかわらず返納しないものであるときは返納方特例状の写などをこの届書に添付してください。