社保委員等の検印	発送日付印	施行の日	平成　年　月　日	被保険者証の返納があったときは、その年月日	平成　年　月　日	受領者印	
		伺の日	平成　年　月　日				

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

※無効通知発送伺

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	第　号				
②被保険者の氏名		③性別	男・女	④生年月日	昭和 平成　年　月　日生
⑤被保険者の現住所または最後の住所	〒　－　（電話番号）　方				
⑥被保険者の資格を取得した日	昭和 平成　年　月　日	⑦被保険者の資格を喪失した日	平成　年　月　日		
⑧解退職の事由		⑨被保険者証（被保険者用）の回収の有無	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金の有無	有・無				
⑫回収不能となった被扶養者の氏名					
⑬被保険者および被扶養者の傷病状況	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　被扶養者に傷病者がいないと認められる				
	D　被扶養者に傷病者がいると認められる				
⑭被保険者証の返納方を督励した状況	平成　年　月　日				
	平成　年　月　日				
	平成　年　月　日				
	平成　年　月　日				

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

平成　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提出することができない場合に、「被保険者資格喪失届」に添付してください。

イ、⑫欄は、被扶養者の被保険者証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。

ウ、⑬のA、B、C、Dの文字は、それぞれ該当する文字を丸でかこんでください。

エ、⑭の被保険者の所在が不明であるときは、返戻された封筒を、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。

オ、※印の欄は、記入しないでください。