

# 健康保険 被保険者証回収不能届

被保険者情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の (左づめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 令和
	氏名	(フリガナ)				
	住所	(〒 — ) <input type="checkbox"/> 都 <input type="checkbox"/> 道 <input type="checkbox"/> 府 <input type="checkbox"/> 県				
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	( )	携帯電話	-	-	

※「電話番号(日中の連絡先)」または「携帯電話番号」について必ず記入してください。

回収不能等の対象者	氏名	生年月日	性別	高齢受給者証		被保険者証を返納できない理由	
				交付	返納		
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	<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="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="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="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
備考							

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。

令和 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	( )

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄

受付日付印

※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。