

# 健康保険被保険者証等回収不能届

常務理事	事務長	課長	係長	係

① 健康保険被保険者証 記号      番号		② 被保険者の氏名 (氏)      (名)		③ 生年月日 昭・平・令      年      月      日			④性別 男・女	⑤ 資格喪失年月日 平成      年      月      日 令和		
⑥ 被保険者の現在所 〒      -										
TEL (      )      -										

減失または回収不能の対象者	⑦氏名		⑧生年月日		被保険者証	高齢受給者証	限度額適用認定証	特定疾病療養受領証	⑨返納できない理由をご記入ください
	(氏)	(名)	昭平令	年 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・(滅失)紛失したため ・(その他)退職等により対象者と連絡がとれないため ・(その他)その他(      )
(氏)	(名)	昭平令	年 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・(滅失)紛失したため ・(その他)退職等により対象者と連絡がとれないため ・(その他)その他(      )	
(氏)	(名)	昭平令	年 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・(滅失)紛失したため ・(その他)退職等により対象者と連絡がとれないため ・(その他)その他(      )	
(氏)	(名)	昭平令	年 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・(滅失)紛失したため ・(その他)退職等により対象者と連絡がとれないため ・(その他)その他(      )	
(氏)	(名)	昭平令	年 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・(滅失)紛失したため ・(その他)退職等により対象者と連絡がとれないため ・(その他)その他(      )	

上記のとおり健康保険者証等を返納することができませんのでお届けします。なお、被保険者証等を回収したときは、ただちに返納します。

所在地	〒      -
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	(      )      -

年 月 日 提出

/ 受付日付印 \

### 【注意事項】

1. この届書は「被保険者資格喪失届」または「被扶養者(異動)届」に被保険者証等を添付して返納することができない場合に提出するものです。