

# 健康保険被保険者証・資格確認書 回収不能届

(注意事項)

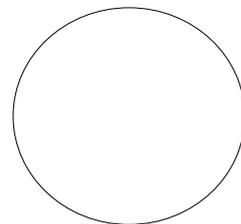
口、イ、  
 ⑧ 被保険者がこの届書は、被保険者の所在不明により被保険者証等を返納した場合は、返納された届書に被保険者証等を添付し、昭和平成令和の文字を○で  
 ⑩ 被保険者の男女・昭和平成令和の文字を○で  
 ⑨ 被保険者の資格を喪失した場合は、昭和平成令和の文字を○で  
 ⑦ 被保険者の資格を喪失した場合は、昭和平成令和の文字を○で  
 ⑥ 被保険者の資格を喪失した場合は、昭和平成令和の文字を○で  
 ⑤ 被保険者の資格を喪失した場合は、昭和平成令和の文字を○で  
 ④ 被保険者の資格を喪失した場合は、昭和平成令和の文字を○で  
 ③ 被保険者の資格を喪失した場合は、昭和平成令和の文字を○で  
 ② 被保険者の資格を喪失した場合は、昭和平成令和の文字を○で  
 ① 被保険者の資格を喪失した場合は、昭和平成令和の文字を○で

ホ、ニ、ハ、  
 ⑤ 被保険者の資格を喪失した場合は、昭和平成令和の文字を○で  
 ④ 被保険者の資格を喪失した場合は、昭和平成令和の文字を○で  
 ③ 被保険者の資格を喪失した場合は、昭和平成令和の文字を○で  
 ② 被保険者の資格を喪失した場合は、昭和平成令和の文字を○で  
 ① 被保険者の資格を喪失した場合は、昭和平成令和の文字を○で

常務理事	事務長	課長	係長	扱者

① 事業所記号		健康保険被保険者整理番号	
② 被保険者の氏名		③ 性別 男・女	④ 生年 昭和 年 月 日 平成 年 月 日
⑤ 被保険者証・資格確認書の回収がで きなかった 者の氏名・ 生年月日	※番号	氏名	生年 月 日
			昭和 平成 令和 年 月 日
			昭和 平成 令和 年 月 日
			昭和 平成 令和 年 月 日
			昭和 平成 令和 年 月 日
⑥ 被保険者の現住所 または最後の住所		〒 ー	
⑦ 被保険者の資格 を取得した日	昭和 平成 令和 年 月 日	⑧ 被保険者の資格 を喪失した日	平成 令和 年 月 日
⑨ 回収不能となった理由(詳しく)			
⑩ 被保険者証 資格確認 返納督 励状	平成・令和 年 月 日		
	平成・令和 年 月 日		
	平成・令和 年 月 日		
	平成・令和 年 月 日		

\* 受付日付印



上記のとおり被保険者証・資格確認書を回収することができません。

なお、被保険者証・資格確認書を回収したときは、ただちに返納します。

年 月 日

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電 話 ( ) 番

# 健康保険被保険者証・資格確認書 回収不能届

(注意事項)

口、イ、  
 ⑧ 被保険者証を返納し、  
 ⑩ 被保険者証を返納し、  
 ③ 被保険者証を返納し、  
 ④ 被保険者証を返納し、  
 ⑤ 被保険者証を返納し、  
 ⑦ 被保険者証を返納し、  
 ⑨ 被保険者証を返納し、  
 ⑪ 被保険者証を返納し、

① 事業所記号		健康保険被保険者整理番号		常務理事	事務長	課長	係長	扱者
9999		5						
② 被保険者の氏名			健保 太郎		③ 性別	④ 生年 昭和 〇〇年 4月 1日生		
					男	平成		
⑤ 被保険者証・資格確認書の回収がで きなかった 者の氏名・ 生年月日	※番号	氏名		生年 月 日			備考	
		健保 太郎		昭和 平成 令和	〇〇年	4月	1日	
		健保 花子		昭和 平成 令和	〇〇年	3月	10日	
				昭和 平成 令和	年	月	日	
				昭和 平成 令和	年	月	日	
⑥ 被保険者の現住所 または最後の住所				〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 横浜市西区北幸〇-〇-〇				
⑦ 被保険者の資格 を取得した日			昭和 平成 令和		〇〇年 4月 1日		⑧ 被保険者の資格 を喪失した日	
			平成 令和		〇〇年 4月 1日		平成 令和	
⑨ 回収不能となった 理由(詳しく)				退職時に返納してもらえず、その後連絡も取れません。				
⑩ 被保険者証 資格確認 返納 督促 状況	平成・令和		〇〇年		4月		4日	
	平成・令和		〇〇年		4月		19日	
	平成・令和		〇〇年		5月		10日	
	平成・令和		〇〇年		5月		15日	

ホ、ニ、ハ、  
 ⑤ 被保険者証を返納し、  
 ⑥ 被保険者証を返納し、  
 ⑦ 被保険者証を返納し、  
 ⑧ 被保険者証を返納し、  
 ⑨ 被保険者証を返納し、  
 ⑩ 被保険者証を返納し、  
 ⑪ 被保険者証を返納し、

\* 受付日付印

上記のとおり被保険者証・資格確認書を回収することができません。

なお、被保険者証・資格確認書を回収したときは、ただちに返納します。

〇〇年 〇〇月 〇〇日

事業所所在地 小田原市〇〇町1-1-1

事業所名称 ××商事(株)

事業主氏名 代表取締役 〇〇 △△男

電 話 ( ) 番

