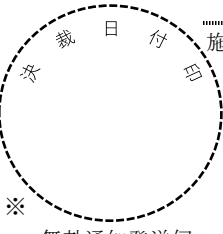


社保委員 等の検印	 ※ 無効通知発送伺	施行の日 令和 年 月 日	被保険者証の返納があったときは、その年月日	令和 年 月 日	受領者印
		伺の日 令和 年 月 日	現金記録	療養記録	回収不能
		所長 次長 課長 係長 級者	事由の種別	イ. 所在不明 ロ. 不応返納	

(注意事項)

イ、③の男女、④の文字は、④の昭和、平成、それぞれ該当する文字を○印で囲んでください。A、B

ア. この届書は被保険者の所在不明にかかわらず被保険者証の回収ができません。また、被保険者資格喪失届に被保険者資格喪失届に添付して返納

出さないため、被保険者の所在不明にかかわらず被保険者証の回収ができません。また、被保険者資格喪失届に被保険者資格喪失届に添付して返納

オ. 封筒は、被保険者の氏名を記入してください。被保険者証が回収不能であるときは、被保険者証を返納してください。また、被保険者証を返納するときは、被保険者証を返納する旨をこの届書に添付してください。

エ. 被保険者および被扶養者の傷病状況

ウ. ⑫欄は、被扶養者の傷病状況

健康保険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 年 月 日生 平成 年 月 日生
⑤ 被保険者の現住所または最後の住所	(郵便番号) _____					方
⑥ 被保険者の資格を取得した日	年 月 日	⑦ 被保険者の資格を喪失した日	令和 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金の有無						有 ・ 無
⑫ 回収不能となった被扶養者氏名						
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 被扶養者に傷病がないと認められる					
	D 被扶養者に傷病があると認められる					
⑭ 被保険者証の返納方を督促した状況	令和 年 月 日					
	令和 年 月 日					
	令和 年 月 日					
	令和 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。						令和 年 月 日
事業所所在地						 受付日付印
事業主氏名						
電話 ()						

社会保険労務士記載欄

--