

# 健康保険被保険者証 回収不能届 (事業主記入)

常務理事	事務長	適用M	担当	担当

令和 年 月 日提出

《注意事項》

1 この届書は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促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返納することができません。  
2 被保険者の所在が不明であるときは、返戻されたハガキまたは封筒を、再三の返納督促にもかかわらず返納しないものは、返納督促状の写等をこの届書に添付してください。

再三の返納督促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返納することができません。

被保険者の所在が不明であるときは、返戻されたハガキまたは封筒を、再三の返納督促にもかかわらず返納しないものは、返納督促状の写等をこの届書に添付してください。

場合に、**事業主が提出**するものです。

店 所 コ ー ド		事 業 所 名											
記 号	番 号	被 保 険 者 ( 社 員 ) の 氏 名						性 別					
								1 男 2 女					
被保険者(社員本人)の生年月日				退社年月日				資格喪失年月日 ※健保記入欄					
5 昭和 7 平成	年 月 日	7 平成 9 令和	年 月 日	7 平成 9 令和	年 月 日								
被 保 険 者 ( 社 員 ) の 住 所 または 退 職 時 の 住 所													
〒													
退職の事由													
回収不能となった被保険者・被扶養者の氏名						(氏)	(名)	(氏)	(名)				
						(氏)	(名)	(氏)	(名)				
						(氏)	(名)	(氏)	(名)				
回収不能となった理由						1. 転居先不明なため							
						2. 内容証明を送付するも応じず							
※該当番号を○で囲んでください						内容証明送付年月日	1回目	年 月 日 送付					
							2回目	年 月 日 送付					
被 保 険 者 証 の 返 納 を 督 促 し た 状 況													
回収担当責任者 (自署)			1 回目	年 月 日	[督促方法] ※該当を○で囲む 電話・文書・口頭(訪問)・その他( )								
			[督促した結果]										
			※応答の有無、到着・不達等										
所属長・支店長・人事責任者 (自署)			2 回目	年 月 日	[督促方法] ※該当を○で囲む 電話・文書・口頭(訪問)・その他( )								
			[督促した結果]										
			※応答の有無、到着・不達等										
			3 回目	年 月 日	[督促方法] ※該当を○で囲む 電話・文書・口頭(訪問)・その他( )								
			[督促した結果]										
			※応答の有無、到着・不達等										
上記のとおり被保険者証を回収することができません。今後も回収に努め、回収できたときはただちに返納いたします。また、回収までの間に、万が一保険診療を受けた場合には、医療費の回収に努めます。													
令和 年 月 日						経営役職者(自署)							

事業所所在地	
事業所名称	
事業主氏名	
電 話	

受付日付印