健康保険　被保険者証回収不能届

被保険者情報			
被保険者証の（左づめ）	記号	番号	生年月日　年　月　日 □昭和 □平成 □令和
氏名	（ﾌﾘｶﾞﾅ）		
住所	（〒　　―　　） 都 道 府 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 交付	高齢受給者証 返納	被保険者証を返納できない理由
		□昭和 □平成 □令和　年　月　日	□男 □女	□有 □無	□有 □無	
		□昭和 □平成 □令和　年　月　日	□男 □女	□有 □無	□有 □無	
		□昭和 □平成 □令和　年　月　日	□男 □女	□有 □無	□有 □無	
		□昭和 □平成 □令和　年　月　日	□男 □女	□有 □無	□有 □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	（〒　　―　　）	※事業主の自署の場合は押印を省略できます。
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。