

【健保組合使用欄】

通知文書発送	確 認	係
令和 年 月 日		

健康保険被保険者証回収不能届【被保険者・被扶養者用】

この届出は、事業主が資格喪失した被保険者に被保険者証の返納督促を行うも、これに応じなかった際に申し出するものです。これにより、組合は被保険者本人へ督促を実施します。

被保険者証の記号と番号	被保険者の氏名	性別	生年月日
—		男・女	昭和 平成 年 月 日 令和
資格喪失日	被保険者の現住所または最後の住所(※下記住所に返納督促をします)		
平成 令和 年 月 日	〒 (TEL)		
回収不能となった 被保険者・被扶養者	<input type="checkbox"/> ←被保険者本人の場合はチェックしてください。		

回収不能となった理由 ※該当番号を○で 囲んでください	1. 喪失日以降 3回以上 督促するも返納に応じないため
	2. その他の理由(詳細を記入してください)

被 保 険 者 証 の 返 納 督 促	実施年月日	《方 法》○で囲む。 ※各種方法での督促実施をお願いいたします。
	1回目 令和 年 月 日	電話 ・ メール ・ 文書 ・ 口頭 その他具体的に ()
	2回目 令和 年 月 日	電話 ・ メール ・ 文書 ・ 口頭 その他具体的に ()
	3回目 令和 年 月 日	電話 ・ メール ・ 文書 ・ 口頭 その他具体的に ()
	4回目 令和 年 月 日	電話 ・ メール ・ 文書 ・ 口頭 その他具体的に ()

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		受 付 日 付 印
事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電 話 ()	印	

社会保険労務士の提出代行者印	
	印

【注意事項】
ア. この届書は事業主が、資格喪失した被保険者に被保険者証の再々の返納督促を実施するも、返納がされなかった場合に提出するものです。
イ. 督促の方法は偏らず、様々な方法にてお願いいたします。
ウ. 督促を実施したことが判る書類のご提出をお願いする場合があります。