

健康保険 健康保険者証 回収不能届
 高齢受給者証 資格確認書

常務理事	事務長	課長	担当者

この届出は、被保険者及び被扶養者が資格喪失(抹消)した際、被保険者証等を返納できない場合にご提出ください。

被保険者情報	記号・番号	記号(左づめ) □□□□	番号(左づめ) □□□□	生年月日 □ 1 昭和 2 平成 3 令和 □□年 □□月 □□日
	氏名	フリガナ		
	郵便番号	□□□□□□	電話番号	□□□□□□□□□□
	住所	都 道 府 県		

回収不能対象者欄	対象者	<input type="checkbox"/> 1 被保険者(本人)のみ <input type="checkbox"/> 2 被扶養者(家族)のみ <input type="checkbox"/> 3 被保険者(本人)および被扶養者(家族)分		
	被保険者	フリガナ 氏名 同上	生年月日 同上	返納できない理由
	被扶養者①	フリガナ 氏名	生年月日 □ 1 昭和 2 平成 3 令和 □□年 □□月 □□日	返納できない理由
	被扶養者②	フリガナ 氏名	生年月日 □ 1 昭和 2 平成 3 令和 □□年 □□月 □□日	返納できない理由
	被扶養者③	フリガナ 氏名	生年月日 □ 1 昭和 2 平成 3 令和 □□年 □□月 □□日	返納できない理由
	被扶養者④	フリガナ 氏名	生年月日 □ 1 昭和 2 平成 3 令和 □□年 □□月 □□日	返納できない理由

令和 年 月 日

事業主欄	上記の者について、被保険者証等が回収不能であるため届出します。なお、回収したときは、ただちに返納します。
	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名 電話番号

受付日付印

社会保険労務士の 提出代行者名記入欄	
-----------------------	--