

## 健康保険被保険者証 回収不能届

被保険者証の	記号					被保険者氏名				性別
	番号									男・女
事業所名						生年月日	昭和 平成	年	月	日
資格喪失年月日	平成		年	月	日					
解雇または退職の理由										
被保険者であった者の近況										
被保険者証を	回収できない理由									
	回収するために督促した状況	平成 年 月 日 ( 口頭 ・ 文書 ) にて督促								
		平成 年 月 日 ( 口頭 ・ 文書 ) にて督促								
		平成 年 月 日 ( 口頭 ・ 文書 ) にて督促								
事業主証明欄	<p>返納については、今後さらに回収に努めるとともに、被保険者の資格喪失に際しては、被保険者証の回収に十分注意します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">事業所 所在地 事業主名 事業主名 印</p>									

注意事項 この届出は、被保険者の所在不明により被保険者証が回収できないため、または、再三の返納督促に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」に添付できない場合に提出するものです。