

# 健康保険 被保険者証回収不能届

スタッフ

## (注意事項)

- 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ない場合に提出するものです。
- 被保険者証を紛失したときは本書ではなく、「被保険者証滅失届」をご提出ください。

■太枠内をご記入ください。

被保険者証	記号	71	番号	9999		
被保険者氏名	健保 一郎	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	1 年 1 月 15 日	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
被保険者現住所 または最後の住所	(〒 111 - 0000 )	東京	都府県	千代田区		
※電話番号 日中の連絡先	自宅	03-1111-△△△△	携帯電話	090-1111-××××		

※必ずご記入ください

	氏名	生年月日	高齢証の 交付	
<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	健保 一郎	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	1・1・15	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
<input type="checkbox"/> 被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者	健保 花子	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	3・3・17	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	・	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	・	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	・	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

督促状況	回収不能理由	退職日後の督促年月日	督促方法
例)最終出勤日が有給で、その後音信不通のため 例)被保険者死亡により連絡取れないため		令和6年12月2日	①電話 ②文書(普通・書留) ③メール ④その他 [督促した結果] ※ 応答の有無、到着・不達等 例) 応答なし(留守番電話にメッセージ残す) 例) Eメールは届くが返信なし

事業主記入欄	上のとおり被保険者証を回収することができません。
	令和 6 年 12 月 2 日
	〒 102 - 8017
	東京都千代田区〇-△-×
	(株)ティージェーケー 代表取締役 健保 次郎
電話番号	03 ( 3239 ) ××××

受付

