限度額適用認定証回収不能届

被保険者等 記号・番号	記号 番号

被保険者の氏名		生年月日	昭和 平成 令和　年　月　日生
被保険者の現住所または最後の住所	〒　―		
被保険者の資格を取得した日	昭和 平成 令和　年　月　日	被保険者の資格を喪失した日	令和　年　月　日
解退職の事由		健康保険被扶養者の有無	有・無
被保険者の近況			
賃金、退職金などの被保険者に対する未払金の有無			有・無
被保険者および被扶養者傷病状況	A　被保険者に傷病がないと認められる B　被保険者に傷病があると認められる C　被扶養者に傷病がないと認められる D　被扶養者に傷病があると認められる		
返納方を督励した状況	令和　年　月　日 令和　年　月　日 令和　年　月　日 令和　年　月　日		

上記のとおり限度額適用認定証が回収不能であるため届出いたします。

なお、限度額適用認定証を回収したときは、ただちに返納いたします。

令和　年　月　日

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電話　(　　)　番

受付印

社会保険労務士記載欄	氏名等

（注意事項）

イ、この届書は、被保険者の所在不明により限度額適用認定証の回収ができないため又は再三の返納督励にもかかわらず限度額適用認定証を返納しないため、被保険者資格喪失届に限度額適用認定証を添付して返納することができない場合に、「被保険者資格喪失届」に添付して提出するものです。

ロ、被保険者の所在が不明であるときは、返戻されたハガキ又は封筒を、再三の返納督励にもかかわらず返納しないものであるときは返納督励状の写などをこの届書に添付してください。

自動車振興会健康保険組合