

(注意事項)

イ、
場に保証
合に被の
保險者この
証の回
一被險者届
保險者証(高
者証(高齡受
資格給証)た
喪失給)め
届を返納は
に添付し不
に添付し明
して返納に
して返納よ
り被保險者
提出す被保
ること險者
が資格(高
喪失給
届を返納
す。い

被保険者証の 記号・番号	記号
	番号

健康保険被保険者証回収不能届
 高齡受給者証回収不能届
 該当するものに☑をしてください。

被保険者の 氏名	生年 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	平成 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

被保険者 証の返納 方を督促 した状況	令和	年	月	日
	令和	年	月	日
	令和	年	月	日
	令和	年	月	日

上記のとおり被保険者証(高齡受給者証)が回収不能であるため届出いたします。

なお、被保険者証(高齡受給者証)を回収したときは、ただちに返納いたします。

事業所所在地	令和	年	月	日
事業所名称				
事業主氏名				
電 話	()	番	

受付日付印

社会保険労務士 記載欄	
----------------	--

キ、
被保
険者
の所
在が
不明
な場
合は
返納
督促
状に
もか
かき
返納
され
たハ
ガ

