

(注意事項)

イ、
給付金の受領に
関係する書類を
提出する場合は、
必ずこの届書に
添付してください。
また、被保険者
証(高齢受給者証)
の返納を督促し
たときは、返戻
された届書に添
付してください。

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
 高齢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	性別 男・女	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	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(高齢受給者証)が回収不能であるため届出いたします。

なお、被保険者証(高齢受給者証)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

受付日付印

社会保険労務士 記載欄	
----------------	--