

健康保険 回収不能届

(被保険者証 ・ 資格確認書 ・ 高齢受給者証 ・ 限度額適用認定証)

常務理事

担当者

被保険者情報	被保険者の (左つめ)	記号 □ □	番号 □ □ □ □ □ □ □ □	生年月日 年 月 日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
	氏名	(フリガナ)			
	住所	(〒 —) <div style="display: flex; justify-content: center; gap: 10px;"> 都道 府県 </div>			
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()	携帯電話	-	-

※「電話番号(日中の連絡先)」または「携帯電話番号」について必ず記入してください。

回収不能等の対象者	氏名	生年月日	回収不能証(該当に○)				返納できない理由 (該当に○)
			昭和 平成 令和 年 月 日	被保険者 証	資格確認 書	高齢受給 者証	限度額適 用認定証
		昭和 平成 令和 年 月 日	被保険者 証	資格確認 書	高齢受給 者証	限度額適 用認定証	紛失の為 破棄した為 連絡不通の為
		昭和 平成 令和 年 月 日	被保険者 証	資格確認 書	高齢受給 者証	限度額適 用認定証	紛失の為 破棄した為 連絡不通の為
		昭和 平成 令和 年 月 日	被保険者 証	資格確認 書	高齢受給 者証	限度額適 用認定証	紛失の為 破棄した為 連絡不通の為
	備考						

被保険者証・資格確認書・高齢受給者証・限度額適用認定証を回収したときは、提出日 令和 年 月 日
ただちに返納します。

上記の者について、被保険者証・資格確認書・高齢受給者証・限度額適用認定証 が回収不能であるため届出します。

事業主欄 ※	事業所所在地	(〒 —)
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電話	()

※ 任意継続被保険者は記入不要。

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄

受付日付印

※この届は被保険者証・資格確認書・高齢受給者証・限度額適用認定証 を返納できない場合に提出します。