

# 健康保険 回収不能届

常務理事

担当者

( **被保険者証** ・ 資格確認書 ・ 高齢受給者証 ・ 限度額適用認定証 )

被保険者情報	被保険者の (左つめ)	記号 1 9	番号 1 2 3 4	生年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	1 0 1 2 3 1	
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ <b>健保 太郎</b>				
	住所	(〒 6 2 3 - 0 0 1 1) 京都 <b>綾部市青野町膳所1番地</b>				
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( )	携帯電話	0 9 0 - 0 0 0 0 - 0 0 0 0		

※「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○)
	<b>健保 花子</b>	昭和 平成 令和	10 年 5 月 10 日	<b>被保険者証</b>	資格確認書	高齢受給者証	限度額適用認定証
		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
		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
		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、ただちに返納します。

提出日 令和 年 月 日

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	<b>勤務者は事業所の証明が必要 (任意継続被保険者は記入不要)</b>
	事業主氏名	<b>限度額適用認定証のみ回収不能である場合は、記入不要</b>
	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。