健康保険　被保険者証回収不能届

※**鉛筆や消えやすいインク等で書かないでください**。楷書で丁寧にご記入ください。

被保険者情報			
被保険者証の（左づめ）	記号　　番号	生年月日　年　月　日	□昭和 □平成 □令和
氏名	（ﾌﾘｶﾞﾅ）		
住所	（〒　　―　　） 都 道 府 県		
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	性別	高齢受給者証 交付	高齢受給者証 返納	被保険者証を返納できない理由
		□昭和 □平成 □令和　年　月　日	□男 □女	□有 □無	□有 □無	
		□昭和 □平成 □令和　年　月　日	□男 □女	□有 □無	□有 □無	
		□昭和 □平成 □令和　年　月　日	□男 □女	□有 □無	□有 □無	
		□昭和 □平成 □令和　年　月　日	□男 □女	□有 □無	□有 □無	
	備考					

上記の者について、被保険者証（高齢受給者証）が回収不能であるため届出します。
なお、被保険者証を回収したときは、ただちに返納します。

令和　　年　　月　　日

事業主欄	
事業所所在地	（〒　　―　　）
事業所名称	
事業主氏名	
電　　話	（　　）

社会保険労務士記載欄	氏名等

受付日付印

※この届は被保険者証を返納できない場合に提出します。