

被保険者証 返納年月日	令和 年 月 日
----------------	----------

常務理事	事務長	担当者	

健康保険 被保険者証
資格確認書 回収不能届

被保険者等 記号・番号	1 2 3 4 ・ 5 6 7	事業所名称	〇〇〇〇株式会社
被保険者氏名	フリガナ ケンボ タロウ 健保 太郎	被保険者の 生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 ××年××月××日 <input type="checkbox"/> 平成
被保険者の現住所 又は最後の住所	〒 ×××-×××× 〇〇県〇〇市〇〇町×丁目×-× 電話 ××× (×××) ××××		
資格取得年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 ××年××月××日 <input type="checkbox"/> 令和	資格喪失年月日	令和××年××月××日
解退職の事由	自己都合により退職		
被保険者の近況	本人と連絡が取れない		
賃金・退職金などの被保険者に対する未払金の有無			<input type="checkbox"/> 有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無
回収できない 保険証・資格確認書	氏名	健保 太郎	氏名
	氏名		氏名
	氏名		氏名
傷病状況	被保険者	<input checked="" type="checkbox"/> 傷病がないと認められる <input type="checkbox"/> 傷病があると認められる	
	被扶養者	<input type="checkbox"/> 傷病がないと認められる <input type="checkbox"/> 傷病があると認められる 氏名 () ()	
被保険者証・ 資格確認書の返納を 督促した状況	令和××年××月××日	電話をするが応答がなかった	
	令和××年××月××日	返納依頼の文書を郵送する	
	令和××年××月××日	電話をするが応答がなかった	
	令和 年 月 日		

令和××年××月××日 提出

上記の者について、被保険者証・資格確認書が回収不能であるため届出いたします。 なお、被保険者証・資格確認書を回収したときは、ただちに返納いたします。	
事業所所在地	〒×××-×××× 〇〇県〇〇市〇〇区〇〇××-××
事業所名称	〇〇〇〇株式会社
事業主氏名	〇 〇 〇 〇
電話番号	1 1 1 (2 2 2) 3 3 3 3

受付日付印
