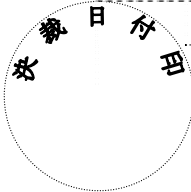


社保委員等の検印 	施行の日 年 月 日	被保険者証の返納 があつたときは、 その年月日 年 月 日	受領者印
	伺の日 年 月 日	常務理事 事務長 課長 担当者	現金記録 療養記録

※ 無効通知発送伺

①被保険者証の記号と番号 第 0000000 号	000	健康保険被保険者証回収不能届	
②被保険者の氏名 健康 太郎	③性別 <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	④生年月日 明治大正 <input checked="" type="radio"/> 昭和 XX 年 7 月 7 日生 平成	
⑤被保険者の現住所または最後の住所 〇〇県〇〇市〇〇1-2-3	(郵便番号) <u>123-4567</u> 方		
⑥被保険者の資格を取得した日 XX 年 XX 月 XX 日	⑦被保険者の資格を喪失した日 XX 年 XX 月 XX 日		
⑧解退職の事由 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	⑨健康保険被扶養者の有無 <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無		
⑩被保険者の近況 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇			
⑪賃金、退職金などの被保険者に対する未払金の有無		有 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/>	
⑫被保険者および被扶養者の傷病状況	<input checked="" type="radio"/> A 被保険者に傷病がないと認められる		
	<input type="radio"/> B 被保険者に傷病があると認められる		
	<input type="radio"/> C 被扶養者に傷病者がいないと認められる		
	<input type="radio"/> D 被扶養者に傷病者がいると認められる		
⑬被保険者証の返納方を督促した状況	平成 XX 年 1 月 10 日 自宅あてに保険証返納に関する通知を送付		
	平成 XX 年 2 月 12 日 本人宛に電話をするが応答なし		
	平成 XX 年 3 月 15 日 本人宛に返送するよう文書にて督促		
	平成 年 月 日		

上のおり被保険者証を回収することができません。
 年 月 日

住所

事業主 印

氏名

電話 局 () 番

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者印	(印)
----------------	-----

(注意事項)

- ア、この届書は、被保険者の所在不明により被保険者証の回収ができないためまたは再三の返納督促にもかかわらず被保険者証を返納しないため、被保険者資格喪失届に被保険者証を添付して返納することができない場合に、「被保険者資格喪失届」に添付して提出するものです。
- イ、③の男女、④の明治、大正、昭和、平成、⑨の有無、⑩の有無および⑫のA、B、C、D、の文字は、それぞれ該当する文字を丸でかこんでください。
- ウ、被保険者の所在が不明であるときは、返戻されたはがきまたは封筒を、再三の返納督促にもかかわらず返納しないものであるときは返納方督促状の写などをこの届書に添付してください。
- エ、※印の欄は、記入しないでください。