

健康保険 被保険者証回収不能届

被保険者証の記号および 番号を記入してください。

被保険者情報	被保険者証の (左づめ)	記号 5 7 3 1 0 0 3 0	番号 1 2 3	生年月日 年 月 日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 4 4 0 5 0 8	
	氏名	(フリガナ)ケンボ イチロウ 健保 一郎			
	住所	(〒 1 6 8 - 8 5 0 4) 東京 都 道 杉並区浜田川 3 - 2 - 1			
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 0 3 (1 2 3) 4 5 6 7	携帯電話	0 9 0 - 1 2 3 - 4 5 6 7	

「電話番号(日中の連絡先)」または「携帯電話番号」を必ず記入してください。

※「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 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	性別 <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	高齢受給者証		被保険者証を返納できない理由
				交付 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	返納 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	
	健保 一郎	44年 5月 8日	<input checked="" type="checkbox"/> 男	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	外食した際、被保険者証を入れたバックを置き忘れ、行方不明になったため。
	健保 花子	22年 10月 18日	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	外食した際、被保険者証及び高齢受給者証を入れたバックを置き忘れ、行方不明になったため。
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
備考	高齢受給者証の交付の有無と返納の有無を記入してください。			被保険者証または高齢受給者証を返納できない理由を詳しく記入してください。		

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 元年 5月 20日

事業主欄	事業所所在地 (〒 1 6 8 - 8 5 0 5) 東京都杉並区高井戸3-5-4
	事業所名称 株式会社 健保 産業
	事業主氏名 代表取締役社長 健保 良一
	電 話 0 3 (3 2 1 0) 1 2 3 4

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。

※回収不能対象者には、後日、被保険者あてに「健康保険被保険者証の無効のお知らせ」を送付します。