

《資格喪失後の提出用（事業所担当者記入）…退職者から保険証を回収できないとき》

常務理事	事務長	係	被保険者証の返納があったときはその年月日	年 月 日

健康保険 被保険者証回収不能届

被保険者証の記号番号		事業所名	
被保険者氏名		生年月日	昭・平・令 年 月 日生
被保険者の現住所または最後の住所			
被保険者の資格を取得した日		昭・平・令 年 月 日	被保険者の資格を喪失した日 令和 年 月 日
対象者	(氏名)	(続柄)	(回収不能の理由)
保険証の返納を督促した状況		年 月 日	／応答 有・無
		年 月 日	／応答 有・無
		年 月 日	／応答 有・無
		年 月 日	／応答 有・無
上記のとおり被保険者証を回収することができず、返納できないため届出いたします。			
年 月 日			
事業所所在地			
事業所名称			
事業主の氏名		Ⓜ	