



《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	〇〇-××××		事業所名	〇△〇株式会社 ××営業所	
被保険者氏名	健保 太郎		生年月日	昭・平・令 50年 1月 1日生	
被保険者の現住所または最後の住所	大阪市〇〇区××町1-1-1				
被保険者の資格を取得した日	昭・平・令 8年 4月 1日		被保険者の資格を喪失した日	令和 元年 5月 1日	
対象者	(氏名)	健保 太郎	(続柄)	本人 (回収不能の理由) 本人と連絡がとれないため	
		健保 花子	妻		
保険証の返納を督促した状況	令和 元年 5月 15日	／応答	有・ 無	不在のため、留守番電話に録音。	
	令和 元年 5月 30日	／応答	有・ 無	不在のため、督促文書を送付。	
	令和 元年 6月 10日	／応答	有・ 無	転居先不明で返送	
	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。					
令和元年6月15日					
事業所所在地					
事業所名称					
事業主の氏名					