

健康保険被保険者証回収不能届

被扶養者用

(注意事項)

イ、この届書は、被扶養者の所在不明により被保険者証の回収ができないため又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、被扶養者異動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「健康保険被扶養者異動届」に添付して提出するものです。

ロ、③の男女、④の昭和・平成・令和、⑩のA・Bの文字はそれぞれ該当する文字を○で囲んでください。

ハ、被扶養者の所在が不明であるときは、返戻されたはがき又は封筒を、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督促状の写などをこの届書に添付してください。

①被保険者証の記号・番号		—			
フリガナ		③性別	男 女	④生年月日	昭和 平成 令和
②被保険者の氏名					
⑤被扶養者の現住所または最後の住所		〒 — 電話 ()			
⑥被扶養者の資格を喪失した日		令和 年 月 日	⑦扶養削除の事由		
⑧被扶養者の近況					
⑨回収不能な方の氏名・続柄		氏名	続柄	氏名	続柄
⑩被扶養者傷病状況		A 被扶養者に傷病者がないと認められる B 被扶養者に傷病者があると認められる			
⑪被保険者証の返納督促した状況		令和 年 月 日			
		令和 年 月 日			
		令和 年 月 日			
		令和 年 月 日			
事業主の証明		上記のとおり被保険者証を回収することができません。 なお、被保険者証を回収したときは、直ちに返納いたします。 令和 年 月 日 住所 事業所名 事業主名 印			

受付印