

【R6.11更新】

健康保険

被保険者証
資格確認書
限度額認定証
高年齢受給者証
回収不能届

常務理事	事務長	担当者

①健康保険の 記号と番号		記号		番号		
②被保険者 の氏名		③性別	男 女	④生年月日	昭和 平成	年 月 日生
⑤被保険者の現住所 (又は退職時の住所)		〒				
		TEL	携帯電話	自宅		
⑥被保険者の資格を喪失した日			令和 年 月 日			
⑦回収不能となった者の区分			本人(被保険者) ・ 家族(被扶養者)			
⑧回収不能となった家族(被扶養者)の氏名						
⑨被保険者証等を返却するよう連絡した 状況について、日付とその方法等、 経緯を具体的に記入してください また、記入欄が足りない場合は、適宜 用紙を補って記入してください 例 ○年○月○日 自宅電話へ通話、本人へ催促 ○年○月○日 自宅へ返納催促の通知を発送			連絡した日付		連絡した方法	
			年 月 日			
			年 月 日			
			年 月 日			
			年 月 日			
うえのとおり回収することができません。 年 月 日 事業所所在地 事業所名 事業主氏名 電 話 (局) 番						

受付日付印

社会保険労務士 の提出代行者	
-------------------	--

注意事項等

- (ア)この届出は次の理由により各証を「被保険者資格喪失届」または「被扶養者(異動)届」に添付して返納することができない場合や、各証を紛失した際に提出するものです。
- ・被保険者、被扶養者の所在が不明なとき
 - ・再三連絡したにもかかわらず返納しないとき
- (イ)次の欄はそれぞれ該当する文字を○で囲んでください。③の性別、④の生年月日の元号、⑦の回収不能となった者の区分
- (ウ)⑧欄は、家族(被扶養者)の各証が回収不能であるときに、家族(被扶養者)の氏名を記入してください。
複数名該当する場合は該当する方すべての氏名を記入してください。
- (エ)被保険者の所在が不明であるときは、返戻されたハガキまたは封筒を、再三連絡した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出に添付してください。
- ※令和6年12月2日以前に被保険者証を発行されている方は、令和7年12月1日までに喪失した・扶養削除となった場合には被保険者証を返納してください。同様に、資格確認書を発行されている方は、令和11年12月1日までに資格喪失した・扶養削除となった場合には資格確認書を返納してください。