

健康保険被保険者証 回収不能届

この届出は事業所の方が記入、提出します。

※資格喪失届に保険証の添付ができない時はこの届出と一緒に提出して

被保険者証 記号	9999	番号	99999
被保険者氏名	日発 太郎		
被保険者の現住所 (又は最後の住所)	〒 123-0000 〇〇県 〇〇市 △△町 1丁目 2番地 3号		
被保険者の電話番号	000 (888) 8888		
資格喪失日	令和 3 年 9 月 1 日		被保険者の紛失により保険証返却ができない場合はその旨を記入してください。
退職の理由	労働者の判断 / 事業所の判断 / 定年		
回収不能の理由	退職後、被保険者から返却がない。		
被扶養者の有無	無 ・ 有 (有の場合は氏名を記入のこと)		
	氏名	日発 花子	被保険者の紛失により保険証返却ができない場合は、この欄を被保険者が確認していただき、被保険者が✓をいれてください。
	氏名		
氏名			
高齢受給者証の有無	無 (無) ・ 有 (有の場合は氏名を記入のこと)		
	氏名		
	氏名		
氏名			

被保険者証の返納を督促した状況 (具体的に記入のこと)

令和 3 年 9 月 1 日	手段：文書(普通郵便/書留郵便) / 電子メール / 電話 / その他()	結果：留守電になってしまいメッセージを残した	担当：〇〇〇
令和 3 年 9 月 1 日	手段：文書(普通郵便/書留郵便) / 電子メール / 電話 / その他()	結果：返送はされていない	担当：〇〇〇
令和 3 年 9 月 6 日	手段：文書(普通郵便/書留郵便) / 電子メール / 電話 / その他()	結果：電話に出ない、必ず返却するよう留守電にメッセージを残した	担当：〇〇〇

被保険者が紛失により被保険者証の返納ができないための確認事項 □に✓をお願いします。

<input type="checkbox"/> 被保険者証を発見した場合、直ちに被保険者証を返却します。
<input type="checkbox"/> 被保険者証が万一悪用されても、健保組合には一切迷惑をかけません。
<input type="checkbox"/> この✓項目は、被保険者本人が確認しました。

届出日 令和 3 年 9 月 10 日

事業所所在地	〇〇県 〇〇市 △△3-2-1
事業所名称	□□□株式会社
事業主氏名	代表取締役社長 〇〇〇

事業所確認	
担当印	担当印