

資格喪失に伴う健康保険証未返納・回収不能届

令和 年 月 日提出

事業所欄	健康保険被保険者証記号	1	事業所番号	
	代表者印 (丸印) 不要			

健保組 合	常務理事	事務長
	担当者	担当者

健保受付印

健康保険証が返納できないため、届出いたします。

※訂正する場合は、二重線で抹消し、訂正印を押してください。

被保険者欄	被保険者番号		資格喪失年月日	令和	年	月	日
	被保険者氏名	ありがな (氏) (名)	被保険者の生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日
	住所	〒 -	電話番号		-	-	

回収不能の保険証情報	回収不能の保険証はどなたの分ですか (該当する方にチェックに☑)							
	<input type="checkbox"/> 被保険者本人			<input type="checkbox"/> 被扶養者家族 (下欄に詳細を記入してください)				
	回収不能の被扶養者家族情報を記入							
	氏名	ありがな (氏) (名)	続柄		資格喪失日	令和	年	月
氏名	ありがな (氏) (名)	続柄		資格喪失日	令和	年	月	日
氏名	ありがな (氏) (名)	続柄		資格喪失日	令和	年	月	日

該当する方にチェック☑を付けて、以下必要な項目を記入してください。

(元) 被保険者 (もしくは家族) 記入欄 被保険者や家族が健康保険証を返納できないときはこちらのみ記入	事業主記入欄 被保険者と連絡が取れず健康保険証回収できない場合こちらのみ記入
<返納できない理由 (詳細) >	未返納の理由 (該当するものに☑) <input type="checkbox"/> 退職後、所在不明で連絡がとれないため <input type="checkbox"/> 再三督促するも返納に応じないため <input type="checkbox"/> その他 ()
上記のとおり届出します。 紛失した健康保険証が万一不正使用された場合には、私が一切の責任を負います。 なお、紛失した被保険者証を後日発見したときは直ちに返納し、悪用しないことを誓います。 (元) 被保険者 (自署) 氏名 _____	保険証について返納督促日および督促状況
※ (元) 被保険者が記入できない場合はご家族がご記入ください 家族 (自署) 氏名 _____	
※ご記入後は事業主経由でご提出ください	