

資格喪失に伴う健康保険証未返納・回収不能届

令和 6 年 4 月 10 日提出

事業所欄	健康保険被保険者証記号	1	事業所番号	99999
	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	000001		資格喪失年月日	令和	年	月	日
	被保険者氏名	すみじゅう (氏)	けんた (名)	被保険者の生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日
	住所	〒 001 - 0001 東京都品川区居木橋5-10		電話番号	001 - 0000 - 0001			

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 checked="" type="checkbox"/> 被保険者本人				<input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者家族 (下欄に詳細を記入してください)					
	回収不能の被扶養家族情報を記入									
	氏名	すみじゅう (氏)	やすこ (名)	続柄	配偶者	資格喪失日	令和	年	月	日
		住重	保子			6		2		1
氏名	すみじゅう (氏)	くみお (名)	続柄	長男	資格喪失日	令和	年	月	日	
	住重	組夫			6		2		1	
氏名	すみじゅう (氏)	あいこ (名)	続柄	長女	資格喪失日	令和	年	月	日	
	住重	合子			6		2		1	

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。

<b>(元) 被保険者 (もしくは家族) 記入欄</b>		<b>事業主記入欄</b>	
<b>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</b>		<b>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</b>	
<返納できない理由 (詳細) >		未返納の理由 (該当するものに☑)	
		<input checked="" 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。		保険証について返納督促日および督促状況	
(元) 被保険者 (自署) 氏名 _____		2月下旬に退職手続き時に申告された住所、また退職時の住所宛に督促の手紙を発送するも、いずれも宛先不明で返却される。また3月2日以降、再三にわたり登録された電話番号に連絡するも不通。	
※ (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			