資格喪失に伴う健康保険証/資格確認書

未返納・回収不能届

令和 年 月 日提出

事業所番号
事業所欄
代表者印 (丸印) 不要

常務理事 事務長
担当者 担当者
健保組合

健保受付印

健康保険証・資格確認書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
被保険者記号・番号
被保険者氏名
住所
資格喪失年月日
令和
年 月 日
被保険者の生年月日
昭和
平成
電話番号

回収不能の健康保険証または資格確認書はどなたの分ですか (該当する方にチェックに☑)
被保険者本人
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
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
事業主記入欄
被保険者や家族が健康保険証・資格確認書を返納できないときはこちらのみ記入
被保険者と連絡が取れず健康保険証・資格確認書を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☑)
退職後、所在不明で連絡がとれないため
再三督促するも返納に応じないため
その他()
上記のとおり届出します。
健康保険証・資格確認書について返納督促日および督促状況
紛失した健康保険証・資格確認書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、紛失した健康保険証・資格確認書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
※(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