

社保委員等の検印

決 日 付 裁 印 無効通知発送伺	何年月日	年 月 日	被保険者証の返納があったときは、その年月日	年 月 日	受領者印
	常務事理	事務長	課長	係長	係
					回収不能の種別
					イ、所在不明 ロ、不応返納

(注意事項)

イ、この届書は、被保険者の所在不明により被保険者証の回収ができないため又は再三の返納督促にもかかわらず被保険者証を返納しないため、「被保険者資格喪失届」に被保険者証を添付して返納することができない場合に、「被保険者資格喪失届」に添付して提出するものです。

ロ、の男女、の大正、昭和、の有無、の有無および、の

ハ、被保険者の所在が不明であるときは、返戻されたがき又は封筒を、再三の返納督促にもかかわらず返納しないものであるときは返納方督促状の写などをこの届書に添付して下さい。

ニ、印の欄は、記入しないで下さい。

被保険者証の記号と番号	第 _____ 号	健康保険被保険者証回収不能届
-------------	-----------	-----------------------

被保険者の氏名	性別	男 女	生年月日	大正 昭和	年 月 日	日生
被保険者の現住所または最後の住所	(郵便番号) _____ 方					
被保険者の資格を取得した日	年 月 日	被保険者の資格を喪失した日	年 月 日			
解退職の事由					健康保険被扶養者の有無	有・無
被保険者の近況						
賃金、退職金などの被保険者に対する未払金の有無	有 ・ 無					
被保険者および被扶養者傷病状況	A	被保険者に傷病がないと認められる				
	B	被保険者に傷病があると認められる				
	C	被扶養者に傷病者がいないと認められる				
	D	被扶養者に傷病者があると認められる				
被保険者証の返納方を督促した状況	年 月 日					
	年 月 日					
	年 月 日					
	年 月 日					

うえのとおり被保険者証を回収することができません。

年 月 日

住所 _____

事業主 _____

氏名 _____ 印

電話 _____ 局 () _____ 番

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者印

印