

(事業所)
所在地 名称 事業主

事業所記号

常務理事	事務長	業務課長	係

健保事務担当者確認欄	<input type="checkbox"/>			
令和	年	月	日	提出

健康保険 被保険者証（高齢受給者証・限度額認定証）回収不能届

被 保 険 者 情 報	① 被保険者番号	② フリガナ 氏名	③ 生年月日 昭和 <input type="checkbox"/> 年 月 日 平成 <input type="checkbox"/> 年 月 日	④ 年齢 歳
	⑤ 住所 連絡先	(住所) (連絡先)	⑥ 資格喪失 年月日	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
			(携帯電話)	

督 促 状 況	⑦回収不能となったもの	⑧督促方法	⑨督促の結果および返納できない理由
	<input type="checkbox"/> 被保険者証	<input type="checkbox"/> 電話（自宅 携帯）	
	<input type="checkbox"/> 高齢受給者証	<input type="checkbox"/> 文書（回）	
<input type="checkbox"/> 限度額認定証	<input type="checkbox"/> その他（ ）		

⑩氏名	⑪生年月日	⑫性別	⑬続柄	⑭回収不能となったもの	⑮備考
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 限度額認定証	
氏名	生年月日	性別	続柄	回収不能となったもの	備考
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 限度額認定証	
氏名	生年月日	性別	続柄	回収不能となったもの	備考
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 限度額認定証	
氏名	生年月日	性別	続柄	回収不能となったもの	備考
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 限度額認定証	

上記の者について、被保険者証（高齢受給者証・限度額認定証）が回収不能であるため届出します。
なお、回収できた場合には、ただちに返納いたします。

注 意	(注意)
	○この届出は被保険者証・高齢受給者証・限度額認定証を返納できないときに提出します。
	○文書で督促した場合、被保険者あて送付した文書のコピーを添付して下さい。
	○事業主欄の押印は省略できます。
	○健保事務担当者確認欄は必ず☑を付けて下さい。

受付印
処理年月日

令和4年5月改訂版

令和 年 月 日

(喪失者等の住所・氏名) 殿

(事業所名称等を記入)

被保険者証(高齢受給者証・限度額認定証)の返納について

貴殿に交付している「被保険者証」につきまして、退職後 ヶ月経過していますが、未だ返納いただいております。

つきましては、下記の期限までに当方に返納いただきたくお願い申し上げます。

なお、紛失(滅失)している場合には、別紙(理由書)により紛失(滅失)した理由及びその状況等を記入のうえ当方まで返送方お願いいたします。

記

- | | | | | |
|----------|--------------------------|--------|----------|--------|
| 1. 未返納枚数 | <input type="checkbox"/> | 被保険者証 | 本人
家族 | 枚
枚 |
| | <input type="checkbox"/> | 高齢受給者証 | 本人
家族 | 枚
枚 |
| | <input type="checkbox"/> | 限度額認定証 | 本人
家族 | 枚
枚 |

2. 返納先 (事業所の住所等)

3. 返納期限 令和 年 月 日()

以上

被保険者証等を返納できない理由について

令和 年 月 日 提出

紛失（滅失）した日	令和 年 月 日	紛失（滅失）した場所	
紛失（滅失）した時の状況等			
<p>上記のとおり被保険者証（高齢受給者証・限度額認定証）を紛失（滅失）しました。</p> <p>なお、被保険者証（高齢受給者証・限度額認定証）を発見したときは、ただちに返納します。</p> <p style="text-align: center;">氏名 _____</p>			

※被保険者証等を紛失（滅失）した場合、ご記入のうえ返送して下さい。