

健康保険 各種証（書）回収不能届

被保険者情報	被保険者証	記号	番号	生年月日	年	月	日
	個人番号 （記号番号がわからない ときにご記入ください）				☐ 昭和		
					☐ 平成		
	氏名	(フリガナ)					
	住民票 住所	(〒 -) (都 道 府 県)					
電話番号 （日中の連絡先）	TEL ()			携帯電話 - -			

回収不能等の対象者	被保険者	氏名	生年月日	対象のものにチェックを入れてください	返納できない理由
		同 上	同 上	☐ 資格確認書 ☐ 被保険者証 ☐ 高齢受給者証 ☐ 限度額適用認定証 ☐ 限度額適用・標準負担額減額認定証 ☐ 特定疾病療養受療証	
	被扶養者		☐ 昭和 年 月 日 ☐ 平成 ☐ 令和	☐ 資格確認書 ☐ 被保険者証 ☐ 高齢受給者証 ☐ 限度額適用認定証 ☐ 限度額適用・標準負担額減額認定証 ☐ 特定疾病療養受療証	
			☐ 昭和 年 月 日 ☐ 平成 ☐ 令和	☐ 資格確認書 ☐ 被保険者証 ☐ 高齢受給者証 ☐ 限度額適用認定証 ☐ 限度額適用・標準負担額減額認定証 ☐ 特定疾病療養受療証	

上記の者について、回収不能であるため届出します。
回収したときは、ただちに返納します。

令和 年 月 日

事業主欄	事業所所在地	(〒 -)
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電話番号	()

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

受付日付印