

常務理事	事務長		担当

健康保険 被保険者証・高齢受給者証 回収不能届

被保険者証 記号・番号	記号	番号	被保険者氏名	フリガナ	ケンポ タロウ	性別
	100	〇〇〇〇〇〇		健保 太郎	男	
資格取得年月日	平成〇〇年 〇〇月 〇〇日		生年月日	平成〇〇年 〇〇月 〇〇日		
資格喪失年月日	令和〇〇年 〇〇月 〇〇日		所属事業所 及び部署名	株式会社〇〇〇 〇〇部 〇〇課		
回収不能理由	退職後、被保険者と連絡がとれなくなってしまったため。					
回収不能 となった者	氏名	健保 太郎		<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者分 <input type="checkbox"/> 被扶養者分	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者証 <input checked="" type="checkbox"/> 高齢受給者証	
	氏名	健保 花子		<input type="checkbox"/> 被保険者分 <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者分	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証	
	氏名	健保 次郎		<input type="checkbox"/> 被保険者分 <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者分	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証	
	氏名			<input type="checkbox"/> 被保険者分 <input type="checkbox"/> 被扶養者分	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証	
被保険者証の 返納を督促した 状況	1回目	令和〇〇年 〇〇月 〇〇日	<input checked="" type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> その他()			
	督促内容・結果	電話で返納を依頼。				
	2回目	令和〇〇年 〇〇月 〇〇日	<input type="checkbox"/> 電話 <input checked="" type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> その他()			
	督促内容・結果	普通郵便で在籍時住所宛に返納依頼文書を送付。				
	3回目	令和〇〇年 〇〇月 〇〇日	<input type="checkbox"/> 電話 <input checked="" type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> その他()			
督促内容・結果	簡易書留郵便で在籍時住所宛に返納依頼文書を送付するも、宛所に該当なしで返却。					

事業主の証明	上記のとおり被保険者証を回収することができません。		
	所在地	東京都〇〇〇・・・	
	名称	株式会社〇〇〇〇	
	氏名	〇〇 〇〇	

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者