

## 健康保険 被保険者証 回収不能届

常務理事	事務長	担当者
記入例		

【提出先】 被保険者の勤務先  
任意継続被保険者は健康保険組合

被保険者情報	被保険者証の	記号	1234	番号	5678	事業所・所属部署	〇〇株式会社〇〇営業所
	氏名	健保 太郎				生年月日	1985 年 12 月 1 日
	住所	(〒 111 - 1111 ) 〇〇県〇〇市〇〇町2-15-6					
	電話番号 (日中の連絡先)	012	(	234	)	5678	

下記の者について、被保険者証(高齢受給者証)が回収不能であるため届出します。  
なお、被保険者証を回収したときは、ただちに返送します。

2022 年 9 月 14 日

回収不能の対象者	氏名	生年月日	高齢受給者証		被保険者証を返納できない理由
			交付	返納	
	健保 恵	1987 年 6 月 10 日	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	紛失
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
備考					

\* 任意継続被保険者の方は事業主欄の記入は不要です

事業主欄	被保険者より被保険者証回収不能届が提出されましたが、上記のとおり相違ないことを証明します。 万一、上記の被保険者証により、事故が生じた場合、一切の責任を負います。				
		(〒 111 - 1111 )	2022	年	9 月 16 日
	事業所所在地	〇〇県〇〇市〇〇町1-2-3			
	事業所名称	〇〇〇〇株式会社			
	事業主氏名	代表取締役社長 〇〇 〇〇			
電話番号	012	(	345	)	6789

**被保険者証の記号番号を記入した場合はマイナンバーの記入は不要です**

記号番号ではなくマイナンバーでの申請をご希望の方は余白に記入してください。  
マイナンバーを記入した場合、「個人番号カードの写し(両面)」または「個人番号通知カードまたは個人番号が  
付記された住民票」と「本人を確認できる書類(運転免許証またはパスポート等)の写し」の添付が必要となります。

受付印