# 健康保険 被保険者証回収不能届　任意継続被保険者記入用

被保険者証を返納できない場合にご使用ください。なお、回収不能対象者には、後日、被保険者あてに「健康保険被保険者証の返納について」を送付します。申請書は、黒のボールペン等を使用し、楷書で枠内に丁寧にご記入ください。　記入見本 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 ア イ ウ

**被保険者情報**

| | 記号 | 番号 | 生年月日　年　月　日 |
|---|---|---|---|
| 被保険者証の（左づめ） | | | □ 昭和 □ 平成 |
| 氏名 | （フリガナ） | | |
| 住所 | （〒　－　） | | 都 道 府 県 |
| 電話番号（日中の連絡先） | TEL　（　） | | |

※「電話番号（日中の連絡先）」は必ず記入してください。

**回収不能の対象者**

| 氏名 | 生年月日 | 高齢受給者証 交付 | 高齢受給者証 返納 | 被保険者証を返納できない理由 |
|---|---|---|---|---|
| | □ 昭和 □ 平成 □ 令和　年　月　日 | □ 有 □ 無 | □ 有 □ 無 | |
| | □ 昭和 □ 平成 □ 令和　年　月　日 | □ 有 □ 無 | □ 有 □ 無 | |
| | □ 昭和 □ 平成 □ 令和　年　月　日 | □ 有 □ 無 | □ 有 □ 無 | |
| 備考 | | | | |

被保険者証を回収したときは、ただちに返納します。

令和　年　月　日

| 社会保険労務士の提出代行者名記載欄 | |
|---|---|

(2022.9)

受付日付印

全国健康保険協会
協会けんぽ