

健康保険 被保険者証回収不能届（任意継続被保険者用）

被 保 険 者 情 報	被保険者証の (左づめ)	記号 □□□□□□□□	番号 □□□□□□□□	生年月日 年 月 日 □ 昭和 □ 平成 □□□□□□□□
	氏名・印	(フリガナ) _____ 印		以下の場合には押印を省略できます。 ・自署の場合
	住所	(〒 _____) 都 道 府 県		
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL (_____)	携帯電話	- -

※「電話番号(日中の連絡先)」または「携帯電話番号」について必ず記入してください。

回 収 不 能 等 の 対 象 者	氏名	生年月日 □ 昭和 □ 平成 □ 令和 年 月 日	性別 □ 男 □ 女	高齢受給者証		被保険者証を返納できない理由
				交付 □ 有 □ 無	返納 □ 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 ㊟

受付日付印

※この届は被保険者証を返納できない場合に提出します。
※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。