

常務理事	事務長	事務長代理	課長	担当者

健康保険 被保険者証回収不能届

○事業所の記入欄

保険証 記号一番号	—	被保険者氏名			
被保険者証を回収できない者	対象者氏名		続柄		
	資格喪失日	年 月 日			
	住所・連絡先	〒 — TEL ()			
被保険者証を回収できない理由					
被保険者証の返納を 督促した状況	督促した年月日	督促の方法および結果(電話や文書など)			
	年 月 日				
	年 月 日				
	年 月 日				
<p>この届出書の通り、上記の者の被保険者証を回収できませんでした。 今後も引き続き回収に努め、回収でき次第速やかに返納いたします。 資格喪失日以降の被保険者証の不正使用による医療費等の返還請求が発生した場合には、 責任をもって被保険者を指導いたします。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">事業所所在地 事業所名称 事業主氏名</p> <p style="text-align: right;">⑩</p>					

○被保険者の記入欄

被保険者の住所および連絡先	〒 — TEL ()				
被保険者証を返納できない理由					
上記の原因(状況)					
<p>以上により、被保険者証を返納できませんでした。発見した際は速やかに返納いたします。 資格喪失日以降に被保険者証を使用してしまい、医療費等の返還請求を受けた場合には、 私が責任をもって返還することをここに約束いたします。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">被保険者氏名</p> <p style="text-align: right;">⑩</p>					

※被保険者証1枚につき本書1枚を提出してください。

受付印