

常務理事	事務長	課長	合議	係

健康保険 証関係 回収不能届

① 記 号 ・ 番 号		② 被 保 険 者 氏 名		③ 生 年 月 日		④性別
1234	400	(氏) 健康	(名) 太郎	5. 昭 7. 平 9. 令	年 月 日 0 3 0 5 2 5	1. 男 2. 女
⑤ 資格取得年月日		⑥ 資格喪失年月日		⑦ 被保険者住所		
5. 昭 7. 平 9. 令	年 月 日 2 6 0 4 0 1	9. 令	年 月 日 0 7 0 1 0 1	〒 121 - 1212 滋賀県〇〇市〇〇町〇番地 〇〇マンション103号 電話番号 111 (2 2) 3333		
⑧ 回収不能者の氏名		⑨ 生年月日		⑩続柄	⑪ 回収できない証 (該当するものに✓をつけてください)	⑫ 回収できない理由
(氏)	(名)	5. 昭 7. 平 9. 令	年 月 日 0 3 0 5 2 5	本人	☒ 被保険者証 ☐ 資格確認書 ☐ 限度額適用認定証 ☐ 高齢受給者証 ☐ 特定疾病療養受療証	退職日に忘れた為、後日返却するよう伝えた。返却がない為、電話連絡したが連絡が付きません。
(氏)	(名)	5. 昭 7. 平 9. 令	年 月 日 0 5 0 1 1 0	妻	☐ 被保険者証 ☒ 資格確認書 ☐ 限度額適用認定証 ☐ 高齢受給者証 ☐ 特定疾病療養受療証	同上
(氏)	(名)	5. 昭 7. 平 9. 令	年 月 日		☐ 被保険者証 ☐ 資格確認書 ☐ 限度額適用認定証 ☐ 高齢受給者証 ☐ 特定疾病療養受療証	
(氏)	(名)	5. 昭 7. 平 9. 令	年 月 日		☐ 被保険者証 ☐ 資格確認書 ☐ 限度額適用認定証 ☐ 高齢受給者証 ☐ 特定疾病療養受療証	
⑬ 事業主の証明欄	上記のとおり、回収不能であるため届出します。 なお、回収したときは直ちに返納します。					
	令和 7 年 1 月 15 日		事業所所在地 滋賀県〇〇市〇〇町〇-〇			
	滋賀県農協健康保険組合理事長 様		事業所名称 〇〇農業協同組合 事業主氏名 代表理事理事長 〇〇〇〇			

※この届出書は、被保険者の所在不明により被保険者証等の回収ができないため、また再三の返納督促にもかかわらず被保険者証等を返納しないため「被保険者資格喪失届」に被保険者証等を添付して返納することができない場合に、「被保険者資格喪失届」に添付して提出するものです。

確認決定印

受 付 印