

被保険者証 (返却・回収) 不能

どちらか○で囲って下さい。
被保険者が記入の場合:返却
事業主が記入の場合:回収

被保険者等の 記号・番号	記 号	1000	番 号				
被保険者の氏名			性別	男・女	生		
被保険者証の返却又は 回収ができなかった人の 氏名・生年月日 (被扶養者分)	氏 名		生 年 月 日		備考		
			S H R	年 月 日			
			S H R	年 月 日			
			S H R	年 月 日			
返却又は回収不能 となった理由	被 保 険 者	・ 返却不能： ☐ 紛失のため ☐ その他（					
	事 業 主	・ 回収不能： ☐ 退職後連絡が取れないため ☐ 被保険者から紛失の連絡があったため ☐ その他（					
被保険者証の 返納督促状況 (回収不能の場合記入)	令和	年	月	日	電話連絡	直接訪問	手紙
	令和	年	月	日	電話連絡	直接訪問	手紙
	令和	年	月	日	電話連絡	直接訪問	手紙
返 却 不 能 の 場 合	上記のとおり被保険者証を返却することができません。 令和 年 月 日 住所 被保険者 氏名						
回 収 不 能 の 場 合	上記のとおり被保険者証を回収することができません。 なお、被保険者証を回収したときはただちに返納します。 令 住所 事業主 氏名						

被保険者本人の場合は、記入不要
です。

返却不能の場合こちらを記
入してください。署名もお願い
します。

回収不能の場合督促状況のを記入をお願い
します。