

承認印

係

取得

健康保険 被保険者資格取得届

令和 年 月 日提出

受付印

提出者記入欄
健康保険被保険者等記号
事業所所在地
事業所名称
事業主氏名
電話番号

社会保険労務士記載欄 | 氏名等

被保険者1
①被保険者番号
②氏名
③生年月日
④種別
⑤取得区分
⑥個人番号
⑦取得年月日
⑧被扶養者
⑨報酬月額
⑩備考
⑪住民票住所
⑫資格確認書発行要否

被保険者2
①被保険者番号
②氏名
③生年月日
④種別
⑤取得区分
⑥個人番号
⑦取得年月日
⑧被扶養者
⑨報酬月額
⑩備考
⑪住民票住所
⑫資格確認書発行要否

被保険者3
①被保険者番号
②氏名
③生年月日
④種別
⑤取得区分
⑥個人番号
⑦取得年月日
⑧被扶養者
⑨報酬月額
⑩備考
⑪住民票住所
⑫資格確認書発行要否

被保険者4
①被保険者番号
②氏名
③生年月日
④種別
⑤取得区分
⑥個人番号
⑦取得年月日
⑧被扶養者
⑨報酬月額
⑩備考
⑪住民票住所
⑫資格確認書発行要否

記入例 | 資格取得届

令和 6 年 12 月 2 日提出

提出者記入欄	健康保険 被保険者等記号	1234
	届書記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。 〒 111 - 1111 東京都〇〇区〇〇町 1 - 2 - 3 〇〇〇〇 株式会社 代表取締役社長 〇〇 〇〇〇 03 (1234) 5678	
	事業所 所在地	
	事業所 名称 事業主 氏名 電話番号	
社会保険労務士記載欄 氏名等		

被保険者1	① 被保険者 番号	125	② 氏名	フリガナ 〇〇〇 〇〇〇 氏名 〇〇〇 〇〇〇	③ 生 年 月 日	5. 昭和 7. 平成 1 1 0 7 0 5	④ 種 別	1. 男 2. 女	
	⑤ 取 得 区 分	1. 健保	⑥ 個 人 番 号	個人番号(マイナンバー)は必ず記載してください 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 1 2	⑦ 取 得 年 月 日	9. 令和 0 6 1 2 0 2	⑧ 被 扶 養 者	0. 無 1. 有	
	⑨ 報 酬 月 額	⑦ 通貨 240,000 円 ⑧ 現物 13,000 円	⑨ 合計(⑦+⑧) 253,000 円	標準 260 千円	⑩ 備 考	該当する項目を○で囲んでください。 1. 70歳以上 2. 二以上事業所勤務者の取得 3. 短時間労働者の取得(特定適用事業所等) 4. 退職後の継続再雇用者の取得 5. その他()			
	⑪ 住 民 票 住 所	〒234-0023 千葉県〇〇市〇〇2丁目3-4 電話 020 (1234) 5678				住民票住所に記載 できない場合の理由 1. 海外在住 2. 短期在留 3. その他()		⑫ 資 格 確 認 書 発 行 要 否 (マイ保険証のない方)	<input checked="" type="checkbox"/> 発行が必要
	⑬ 居 所 住 所	〒 - ※住民票住所と居所住所が異なる場合記載してください							

記入方法 | 記入例を参考に次の事項に注意のうえご記入ください。

- ① 被保険者番号 被保険者別に追番号をご記入ください。
- ② 氏名 住民票に登録されている氏名をご記入ください。(フリガナはカタカナでご記入ください。)
- ④ 種別 該当する番号を○で囲んでください。
- ⑥ 個人番号 本人確認を行ったうえで、個人番号をご記入ください。
- ⑦ 取得年月日 適用事業所に使用されるに至った日(事実上の使用関係が発生した日)をご記入ください。
- ⑧ 被扶養者 健康保険の被扶養者がある場合は「1. 有」を○で囲み、「被扶養者(異動)届」をご提出ください。
健康保険の被扶養者がいない場合は「0. 無」を○で囲んでください。
- ⑨ 報酬月額 「⑦通貨」は、給料、手当等の名称を問わず労働の対償として金銭(通貨)で支払われるすべての合計額をご記入ください。
・ 臨時に支払うものや3月を超える期間ごとに支払う賞与等は対象となりません。
・ 週給の場合は、報酬額を7で割って得た額の30倍に相当する金額をご記入ください。
・ 実績によって報酬が変わる場合は、資格取得月の前月1か月間に同事業所内で同様の業務に携わっている従業員の報酬の平均額をご記入ください。
「⑧現物」は、報酬のうち食事・住宅・被服・定期券等、金銭(通貨)以外で支払われるものについてご記入ください。
・ 現物によるものの額は、厚生労働大臣によって定められた額(食事、住宅については都道府県ごとに定められた価格、その他被服等は時価により算定した額)をご記入ください。
- ⑩ 備考 必要に応じて○を記載してください。
- ⑪ 住所 住民票住所をご記入ください。住民票住所に居住していない場合は、下段に居所住所を記入してください。
なお、日本国内に住民票(個人番号)を有していない等、住民票住所を記入できない場合は居所住所を記入のうえ、
1. 海外在住 2. 短期在留 3. その他 のいずれか該当する理由を○で囲みその他の場合は、その理由をご記入ください。
- ⑫ 資格確認書発行要否 資格確認書の発行が必要な場合(※)は、発行が必要に☑を入れてください。
※以下に該当する場合があります。
1. マイナンバーカードを取得していない者、マイナンバーカードの返納者
2. マイナンバーカードを有しているが健康保険証利用登録を行っていない者、利用登録解除を申請した者、利用登録解除者
3. マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者

- 添付書類
- 60歳以上の方で退職後の継続再雇用の場合
就業規則、退職辞令のコピー等退職日が確認できる書類、及び継続して再雇用されたことが確認できる雇用契約書のコピー。
 - 法人の役員等が継続再雇用の場合
役員規定、取締役会の議事録等の役員を退任したことがわかる書類及び退任後継続して嘱託職員として再雇用されたことがわかる雇用契約書または継続再雇用に関する事業主の証明。

正

※加入(追加)の場合は必ず
個人番号(マイナンバー)を記載してください。

健康保険被扶養者(異動)届

承認印 係

◎記入の方法をよく読んで記入してください。

Main form table with columns for insured person details, dependents, and certification dates.

上記のことについて、事実と相違ないことを証明します。

提出者記入欄 (Submitter Information Section)

令和 年 月 日 提出

社会保険労務士の提出代行者印 (Professional Seal)



副

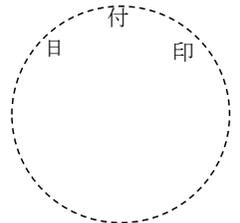
健康保険被扶養者（異動）届

Main form for health insurance dependent registration, including fields for insured person details, dependent names, birth dates, and residence information.

上記の通りになりましたので通知します。

提出者記入欄 (Submitter Information) including fields for business address, name, and phone number.

この処分に不服があるときは、処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に文書または口頭で社会保険審査官(地方厚生(支)局内)に対して審査請求をすることができます。



この届出は事実発生から5日以内に事業主を経由して行うものです。
(提出が遅くなった場合、認定日が事実発生日とならない場合があります。)

【記入の方法】

1. 異動の別欄

被扶養者を増やすときは「1.追加」を、減らすときは「2.削除」を、被扶養者の氏名に変更があったときや被扶養者欄の記載内容を訂正するときは「3.訂正」を○印で囲んでください。

2. 続柄欄

被保険者との続柄を「妻」「長男」「二男」などと具体的に記入してください。

3. 被扶養者の職業及び月平均収入額欄

上段に「小学校○年生」「高校○年生」「無職」「パート」などと、その実態がわかるように記入し、収入がある場合は、下段にその平均的な収入月額を記入してください。

4. 扶養をはじめた理由または扶養しなくなった理由欄

①扶養をはじめた理由は「退職」「結婚」「出生」などと具体的に記入してください。なお、状況によっては「扶養申立書」「現況申立書」を提出していただくことがあります。

②扶養しなくなった理由は「就職」「死亡」「収入が増えた」などと具体的に記入し、原因となった年月日を記入してください。

例「○年○月○日に就職した」「○年○月○日死亡」

5. 被扶養者の住所欄

住民票住所をご記入ください。住民票住所に居住していない場合は、下段に居所住所をご記入ください。

6. 個人番号(マイナンバー)欄

個人番号(マイナンバー)を必ず記入してください。(すでに個人番号をお届けいただいている被扶養者を削除する場合は記入不要)

7. 資格確認書発行要否欄

資格確認書の発行が必要な場合は、発行が必要に☑を入れてください。以下に該当する場合に限ります。

①マイナンバーカードを取得していない者、マイナンバーカードの返納者

②マイナンバーカードを有しているが健康保険証利用登録を行っていない者、利用登録解除を申請した者、利用登録解除者

③マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者

【この届出に添付していただく書類】

1. 住民票または住民票記載事項証明書(国内住居要件の例外に該当する場合は別途証明書が必要となります。お問い合わせください。)

2. 「被扶養者認定調査票」は追加の方全員分、また必要に応じて「在学証明書または学生証の写」「課税証明書または非課税証明書」

「年金等振込(支払)通知書の写」「アルバイト・パート収入のある者は直近3ヶ月分の給与明細の写」「身体障害者手帳の写」など。

3. 被保険者の配偶者及び子以外の者については、同一の世帯に属していることを証明する「住民票(世帯全員の分で省略のないもの)」。

4. 被扶養者を削除または記載内容を訂正する場合は、削除・訂正する者の発行済みの各種証等(発行されている証等すべて)。

5. 被保険者証(カード)・高齢受給者証・資格確認書(カード)を滅失等で添付できない場合は、「滅失届」または「回収不能届」。

6. 必要に応じて、その他の証明書を提出していただく場合があります。

承認印	担当者	経理

任意継続被保険者資格取得申請書

勤務時に使用していた被保険者等記号番号		資格取得年月日		資格喪失年月日		喪失時勤務先	名称	
記号	番号	昭和 平成 令和 年 月 日		※退職日の翌日 令和 年 月 日			所在地	
フリガナ		性別 男 女	生 年 月 日		被扶養者 1. 有 (名) 2. 無	居 住 所		〒
氏 名			昭和 平成 年 月 日			住 民 票 住 所		〒 TEL ()
個人番号(マイナンバー)								※居所住所と異なる場合記入してください
備考欄						資格確認書発行要否	1. 発行が必要 (マイ保険証のない方) 2. 不要	申請代行者印 本人でない方が手続に来る場合押印してください。
給付金等受領の為の預金口座 (※保険料自動引き落としの口座ではありません。)							保険料納付方法 (振込) 希望の納付方法に○をつけてください	
銀行 信用金庫 信用組合		支店		口座番号	1. 普通 2. 当座			1. 1ヶ月毎の納付 2. 6ヶ月分前納 (半期) 3. 12ヶ月分前納 (全期)
		店番号		口座名義	フリガナ.....			
				必ず本人名義				

令和 年 月 日 上記の通り申請します。

東京紙商健康保険組合理事長 殿

※この欄は記入しないで下さい。

被 保 険 者 証		標準月額報酬 (単位千円)		資格期間	資格期間確認済	納 付 方 法 変 更		
記号	番号	資格喪失時	組合平均	資格喪失予定日	～	1 毎月	2 半年	3 年払
7777				令和 年 月 日	～	1 毎月	2 半年	3 年払
前 納 分		入金済み	納付書手渡し	調 定 登 録		済		

《注意事項》

1. 加入には、資格喪失日（退職の翌日）前、継続した被保険者期間が2ヶ月以上必要です。
2. **資格喪失日から20日以内に必ず手続きしてください。この期間を過ぎると受付られません。**
地方にお住まいの方等、当健保に本人が来所できない場合は、代理の方が手続きしてもかまいません。
3. 任意継続被保険者の資格期間は、原則として2年間です。
4. 保険料は退職時の標準報酬月額によって決められ、全額本人負担することになります。
ただし、最高限度額は当組合の平均標準報酬月額になります。
5. 被保険者資格の喪失は、次の場合に限られています。
 - (1) 任意継続被保険者の資格期間が満了となったとき
 - (2) 被保険者が死亡したとき
 - (3) 保険料を納付期日までに納付しないとき（**毎月10日までに当健保口座に着金**…金融機関が休日となる場合は翌日）
 - (4) 他の健康保険（全国健康保険協会、組合健康保険等）の被保険者となったとき
 - (5) 後期高齢者医療制度の被保険者となったとき
 - (6) 任意継続被保険者でなくなることを希望する旨を当健保に申し出たとき（申し出た月の翌月1日に喪失）
6. 扶養家族のある方は、被扶養者届（要添付書類）をあわせて提出してください。
7. 保険料について
 - (1) **納付期日までに保険料を納入しないと自動的に資格が無くなります。納付期限日の翌日以降に取っても資格は継続しませんので充分注意してください。**
 - (2) 保険料は自動引き落としではありません。そのつど納付書で収めていただきます。
 - (3) 加入手続きの際には、加入該当月より保険料を納入していただきますので、保険料のご用意をお願いします。
（手続きの時期により2ヶ月分を一度に納入していただく場合もございます）
 - (4) 保険料は年度ごとに一括して前納することもできます。
 - (5) 保険料は保険料率に変更がない限り2年間変わりません。
8. 記載注意事項
資格確認書発行要否欄は資格確認書が必要な場合、発行が必要にを入れてください。以下に該当する場合に限ります。
 - (1) マイナンバーカードを取得していない者、マイナンバーカードの返納者
 - (2) マイナンバーカードを有しているが健康保険証利用登録を行っていない者、利用登録解除を申請した者、利用登録解除者
 - (3) マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者

*退職された事業所より被保険者資格喪失届が提出されていない場合は、処理（受付）ができませんのでご確認のうえお願いします。

お問い合わせ 業務課 03-3666-2522

正

承認印	係

健康保険被扶養者（異動）届

被保険者 記号・番号			被保険者の氏名				被保険者の生年月日			性別	異動の別	資格取得年月日			標準報酬月額							
記号	7777	番号	フリガナ				5.昭和	年	月	日	1男	1.追加	5.昭和	年	月	日	※	千円				
個人番号 (マイナンバー)			この届けが受理された後の被扶養者数				名	この届けが受理される前の被扶養者数			名	備考										
被保険者の居所住所		〒														電話番号						
フリガナ		性別	被扶養者の生年月日			続柄	被扶養者の職業 月平均収入額	区分 同・別居	扶養をはじめた理由 又は扶養しなくなった理由			※認定年月日			※削除年月日			回収区分				
被扶養者の氏名		1男	5.昭和	年	月	日		同居				※	年	月	日	※	年	月	日	添付	添付	添付
		2女	7.平成				円	別居				令和				令和				返不能	返不能	返不能
個人番号 (マイナンバー)									資格確認書 発行要否 <input type="checkbox"/> 発行が必要 (マイ保険証のない方)			住所 〒 -			減失			減失	減失	減失		
		1男	5.昭和	年	月	日		同居				※	年	月	日	※	年	月	日	添付	添付	添付
		2女	7.平成				円	別居				令和				令和				返不能	返不能	返不能
個人番号 (マイナンバー)									資格確認書 発行要否 <input type="checkbox"/> 発行が必要 (マイ保険証のない方)			住所 〒 -			減失			減失	減失	減失		
		1男	5.昭和	年	月	日		同居				※	年	月	日	※	年	月	日	添付	添付	添付
		2女	7.平成				円	別居				令和				令和				返不能	返不能	返不能
個人番号 (マイナンバー)									資格確認書 発行要否 <input type="checkbox"/> 発行が必要 (マイ保険証のない方)			住所 〒 -			減失			減失	減失	減失		
		1男	5.昭和	年	月	日		同居				※	年	月	日	※	年	月	日	添付	添付	添付
		2女	7.平成				円	別居				令和				令和				返不能	返不能	返不能
個人番号 (マイナンバー)									資格確認書 発行要否 <input type="checkbox"/> 発行が必要 (マイ保険証のない方)			住所 〒 -			減失			減失	減失	減失		

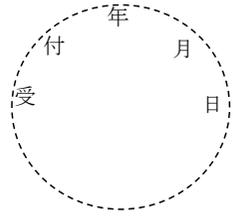
◎記入の方法をよく読んで記入してください。

上記のことについて、事実と相違ないことを証明します。

提出者記入欄	任意継続被保険者
--------	----------

令和 年 月 日提出

社会保険労務士の提出代行者印	印
----------------	---



**この届出は事実発生から5日以内に申請いただくものです。
(提出が遅くなった場合、認定日が事実発生日とならない場合があります。)**

【記入の方法】

1. 異動の別欄

被扶養者を増やすときは「1.追加」を、減らすときは「2.削除」を、被扶養者の氏名に変更があったときや被扶養者欄の記載内容を訂正するときは「3.訂正」を○印で囲んでください。

2. 続柄欄

被保険者との続柄を「妻」「長男」「二男」などと具体的に記入してください。

3. 被扶養者の職業及び月平均収入額欄

上段に「小学校○年生」「高校○年生」「無職」「パート」などと、その実態がわかるように記入し、収入がある場合は、下段にその平均的な収入月額を記入してください。

4. 扶養をはじめた理由または扶養しなくなった理由欄

①扶養をはじめた理由は「退職」「結婚」「出生」などと具体的に記入してください。なお、状況によっては「扶養申立書」「現況申立書」を提出していただくことがあります。

②扶養しなくなった理由は「就職」「死亡」「収入が増えた」などと具体的に記入し、原因となった年月日を記入してください。

例「○年○月○日に就職した」「○年○月○日死亡」

5. 被扶養者の住所欄

住民票住所をご記入ください。住民票住所に居住していない場合は、下段に居所住所をご記入ください。

6. 個人番号(マイナンバー)欄

個人番号(マイナンバー)を必ず記入してください。(すでに個人番号をお届けいただいている被扶養者を削除する場合は記入不要)

7. 資格確認書発行要否欄

資格確認書の発行が必要な場合は、発行が必要に☑を入れてください。以下に該当する場合に限ります。

①マイナンバーカードを取得していない者、マイナンバーカードの返納者

②マイナンバーカードを有しているが健康保険証利用登録を行っていない者、利用登録解除を申請した者、利用登録解除者

③マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者

【この届出に添付していただく書類】

1. 住民票または住民票記載事項証明書(国内住居要件の例外に該当する場合は別途証明書が必要となります。お問い合わせください。)

2. 「被扶養者認定調査票」は追加の方全員分、また必要に応じて「在学証明書または学生証の写」「課税証明書または非課税証明書」

「年金等振込(支払)通知書の写」「アルバイト・パート収入のある者は直近3ヶ月分の給与明細の写」「身体障害者手帳の写」など。

3. 被保険者の配偶者及び子以外の者については、同一の世帯に属していることを証明する「住民票(世帯全員の分で省略のないもの)」。

4. 被扶養者を削除または記載内容を訂正する場合は、削除・訂正する者の発行済みの各種証等(発行されている証等すべて)。

5. 被保険者証(カード)・高齢受給者証・資格確認書(カード)を滅失等で添付できない場合は、「滅失届」または「回収不能届」。

6. 必要に応じて、その他の証明書を提出していただく場合があります。

健康保険 被保険者 氏名・生年月日等 変更(訂正)届
被扶養者

承認印	係

被保険者等記号番号		被保険者氏名 (変更前の氏名をご記入ください。)		変更(訂正)年月日	
記号	番号	フリガナ		令和	年 月 日
変更(訂正)種別			変更(訂正)対象者	変更(訂正)理由	
1. 氏名変更・訂正 2. 生年月日訂正 3. その他()			1. 被保険者 2. 被扶養者 (名)		

変更後					変更前		
氏名	性別	生年月日	区分	資格確認書 発行要否	氏名	性別	生年月日
フリガナ	男・女	昭和 平成 令和 年 月 日	1. 被保険者 2. 被扶養者	1. 発行が必要 2. 不要(マ付保険 証のある方)	フリガナ	男・女	昭和 平成 令和 年 月 日
フリガナ	男・女	昭和 平成 令和 年 月 日	1. 被保険者 2. 被扶養者	1. 発行が必要 2. 不要(マ付保険 証のある方)	フリガナ	男・女	昭和 平成 令和 年 月 日
フリガナ	男・女	昭和 平成 令和 年 月 日	1. 被保険者 2. 被扶養者	1. 発行が必要 2. 不要(マ付保険 証のある方)	フリガナ	男・女	昭和 平成 令和 年 月 日
フリガナ	男・女	昭和 平成 令和 年 月 日	1. 被保険者 2. 被扶養者	1. 発行が必要 2. 不要(マ付保険 証のある方)	フリガナ	男・女	昭和 平成 令和 年 月 日

令和 年 月 日 提出
(退職後の提出は本人の住所氏名)

※資格確認書を発行しない方(マ付保険証のある方)は資格情報のお知らせを再発行いたします。

事業所所在地	〒	—
事業所名称		
事業主氏名		
電話	()	

【添付書類】

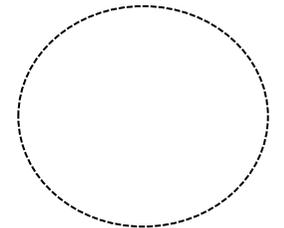
健康保険被保険者・資格確認書(カード)
高齢受給者証(交付されている方のみ)
限度額適用認定証(交付されている方のみ)

※変更理由によっては証明書類を提出いただく場合があります

社会保険労務士記載欄 | 氏名等

--

受付年月日



健康保険 滅失届・再交付申請書

承認印	係

被保険者等 記号・番号 <small>(不明の場合は無記入)</small>	記号		被保険者の 氏名	
	番号		被保険者の 生年月日	昭和・平成 年 月 日
被保険者の 住所と電話番号		(〒 -) 電話番号 ()		
事業所の名称				

フリガナ	生 年 月 日	該当するものに○		
		被保険者証・資格確認書 (マイナ保険証がある方は 資格確認書は不要)	高齢受給者証	資格情報の お知らせ
1	昭和 平成 年 月 日 令和	1. 滅失→資格確認書発行 2. き損→資格確認書発行 3. 滅失(発行不要)	4. 滅失→再交付 5. き損→再交付 6. 滅失(再交付不要)	7. 再交付 マイナポータルで 確認できれば 原則不要
2	昭和 平成 年 月 日 令和	1. 滅失→資格確認書発行 2. き損→資格確認書発行 3. 滅失(発行不要)	4. 滅失→再交付 5. き損→再交付 6. 滅失(再交付不要)	7. 再交付 マイナポータルで 確認できれば 原則不要
3	昭和 平成 年 月 日 令和	1. 滅失→資格確認書発行 2. き損→資格確認書発行 3. 滅失(発行不要)	4. 滅失→再交付 5. き損→再交付 6. 滅失(再交付不要)	7. 再交付 マイナポータルで 確認できれば 原則不要
4	昭和 平成 年 月 日 令和	1. 滅失→資格確認書発行 2. き損→資格確認書発行 3. 滅失(発行不要)	4. 滅失→再交付 5. き損→再交付 6. 滅失(再交付不要)	7. 再交付 マイナポータルで 確認できれば 原則不要
滅失(き損)した年月日		令和 年 月 日 *不明の場合は滅失に気が付いた日をご記入ください。		
滅失(き損)した場所				
滅失(き損)したときの 状況(できるだけ詳しく)				

令和 年 月 日 提出

上に記載したとおり、被保険者証・資格確認書・高齢受給者証・資格情報のお知らせを滅失(き損)しましたが、今後は取扱いに十分注意します。なお発見したときは、ただちに返納します。

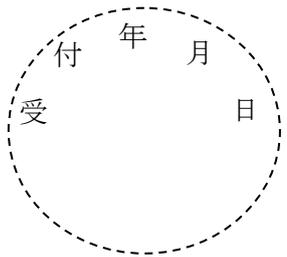
被保険者氏名 _____

【お願い】
①盗難の場合、第三者に悪用されることも考えられますので、警察へ連絡・届出をお願いいたします。
②き損による再交付の場合は、き損した被保険者証・資格確認書・高齢受給者証・資格情報のお知らせを添付してお届け下さい。

事業主が記入

上記のとおり、健康保険被保険者証・資格確認書・高齢受給者証・資格情報のお知らせについての申請がありましたので提出します。

事業所所在地
事業所名称
事業主氏名
電話 ()



社会保険労務士の
提出代行者印

健康保険 被保険者証等

回収不能届

承認印	係

被保険者等 記号・番号	記号 番号	被保険者の 氏名	性別	男・女
生年月日	昭和 平成	年 月 日生	被保険者の資格喪失日 (退職・死亡日の翌日)	平成 令和

被保険者の住所	(〒 ー)
	電話番号 ()

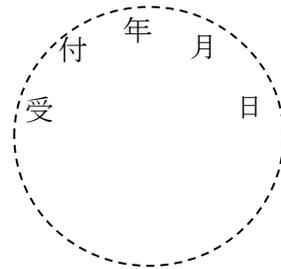
回収不能等の対象者	フリガナ	生年月日	性別	回収不能に○			返納できない理由
	氏名			被保険者証	資格確認書	高齢受給者証	
		昭和 平成 年 月 日 令和	男・女				
		昭和 平成 年 月 日 令和	男・女				
		昭和 平成 年 月 日 令和	男・女				
		昭和 平成 年 月 日 令和	男・女				

被保険者および被扶養者 傷病状況 (該当するものに○)	A 被保険者に傷病がないと認められる
	B 被保険者に傷病があると認められる
	C 被扶養者に傷病者がいないと認められる
	D 被扶養者に傷病者があると認められる

返済方を督促した状況	①令和 年 月 日 (状況)
	②令和 年 月 日 (状況)
	③令和 年 月 日 (状況)
	④令和 年 月 日 (状況)

上記のとおり、被保険者証等を回収することができません。
 なお、回収した場合は、直ちに返納いたします。
 令和 年 月 日

事業所所在地
 事業所名称
 事業主氏名
 電話 ()



<注意事項>

- 1.この届出書は、被保険者が健康保険証・資格確認書・高齢受給者証を返納しない場合に、事業主が記載して提出してください。
- 2.被保険者の所在が不明のときは返戻された封筒等を、返納督促にもかかわらず返納しないときは返納督促状の写し等を添付してください。