資格喪失に伴う「健康保険資格確認書回収不能届」の取扱いについて

「資格確認書」の取り扱いについては、入社時及び退職時の際に、事業主様及び健康保険事務担当者様より資格確認書の重要性について、周知徹底をお願いしているところですが、昨今、無資格にも関わらず、退職後も資格確認書を医療機関等で不正に使用したことにより、健保組合にとって不必要な医療費負担が多数発生しております。

よって、資格確認書の取り扱いについて、一層の注意喚起をお願いするとともに「健康保険被保険者資格喪失届」に「健康保険資格確認書回収不能届」を添付し提出するに当たっては、文書による督促とその他の方法をそれぞれ最低１回以上行ったにも関わらず未回収である場合、所在不明等により資格確認書の回収ができない場合に限りますのでご注意いただくようお願いします。

【参考条文】健康保険法施行規則第５１条（資格確認書の返納）

（＊上記については次頁に掲載されております。）

１．【提出書類】

（１）「健康保険被保険者資格喪失届」

（２）「健康保険資格確認書回収不能届」

（３）督促等を行った際の文書等の写し

＊上記（１）、（２）ともホームページからダウンロードできます。

２．【提出にあたっての留意点】

◆ 文書による督促とその他の方法をそれぞれ1 回以上行ってください（例文書等の送付、訪問、電話、メール等）。

◆ 督促を行った際の文書等の写しを必ず添付してください。

◆ 所在等が不明で返戻された場合は、返戻されたもの（はがき、封筒の写し等）を添付してください。

お問い合わせ先

情報管理一課　03－3343－2803（直通）

【健康保険法施行規則】

（資格確認書の返納）

第五十一条　事業主は、被保険者が資格を喪失したとき、その保険者に変更があったとき、又はその被扶養者が異動したときは、遅滞なく、資格確認書を回収して、これを保険者に返納しなければならない。この場合（被保険者が任意継続被保険者である場合を除く。）において、協会に返納するときは厚生労働大臣を経由して行うものとする。

２　前項の場合において、被保険者が任意継続被保険者であるときは、当該被保険者は、五日以内に、これを保険者に返納しなければならない。

３　被保険者（任意継続被保険者を除く。次項において同じ。）の資格喪失により事業主が返納すべき資格確認書は、やむを得ない場合を除き、資格喪失届に添えなければならない。この場合においては、その理由を資格喪失届に付記しなければならない。

４　被保険者（資格確認書の交付を受けているものに限る。以下この条において同じ。）は、その資格を喪失したとき、その保険者に変更があったとき、又はその被扶養者が異動したときは、五日以内に、資格確認書を事業主に提出しなければならない。

５　第一項の資格喪失の原因が死亡であるとき、又は前項の規定により資格確認書を提出すべき者が死亡したときは、埋葬料又は埋葬に要した費用に相当する金額の支給を受けるべき者は、その申請の際、資格確認書を保険者に返納しなければならない。ただし、埋葬料又は埋葬に要した費用に相当する金額の支給を受けるべき者がないときは、埋葬を行った者において資格確認書を返納しなければならない。

健康保険　　資格確認書　　回収不能届

（被保険者用および被扶養者用）

（注意事項）

（ア）この届出は被保険者の所在不明などにより資格確認書の回収ができないため又は再三の返納督促にもかかわらず資格確認書を返納しないため、「被保険者資格喪失届」に資格確認書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。（※督促方法は文書による督促とその他の方法をそれぞれ1回以上行ったうえで返納督促文の写しなどを添付し提出してください。）

（イ）被保険者の所在が不明であるときは、返戻されたはがき又は封筒の写しなどをこの届書に添付してください。

被保険者の記号番号	記号	番号	被保険者の氏名	
被保険者の現住所または最後の住所および最後の連絡先	〒　－ （自宅Tel）　－　－　（携帯Tel）　－　－			
被保険者のE-Mailまたは携帯のメールアドレス	＠			
被保険者の資格を喪失した日	令和　年　月　日		資格喪失事由	退職・解雇・死亡

回収不能となった者の続柄・氏名（被保険者を含め全員記入してください。）	続柄	氏名	続柄	氏名

［督促年月日］	［督促方法］		［督促担当者氏名］
令和　年　月　日	文　書 ※必須	応答／（有・無）	
令和　年　月　日	電話・訪問・口頭	応答／（有・無）	
令和　年　月　日	電話・訪問・口頭	応答／（有・無）	

上のとおり督促しましたが 資格確認書 を回収できませんでしたので回収不能として届出をします。

なお、 資格確認書 を回収したときは、直ちに返納します。

令和　年　月　日 提出

事業所所在地 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

事業所名称 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

事業主氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号	－　－	担当者氏名	
社会保険労務士の提出代行者			

受付日付印