

受付印		常務理事	事務長	係	入力
施行日	令和 年 月 日				
※ 回収不能の理由の種別	ア 所在不明	被保険者証の返納があったときはその年月日		令和 年 月 日	受領者印
	イ 不応返納				

(注意事項)

1 この届書は、被保険者の所在不明により被保険者証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被保険者証を返納しないため、「被保険者資格喪失届」に被保険者証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。

2 有無、③の男女、④の昭和、平成、令和、⑥の昭和、平成、令和、⑨の有無、⑩の有無、⑫のA、B、C、Dの文字、および⑬の平成、令和は、それぞれ該当する文字を丸でかこんで下さい。

3 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を、再三の返納督促にもかかわらず返納しないものであるときは返納督促状の写などをこの届書に添付して下さい。

4 ※の欄は、記入しないで下さい。

①被保険者証の記号と番号 (右つめ)		健康保険 被保険者証回収不能届			
②被保険者の氏名	③性別	男・女	④生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日生
⑤被保険者の現住所または最後の住所	〒				
⑥被保険者の資格を取得した日	昭和 平成 令和	年 月 日	⑦被保険者の資格を喪失した日	昭和 平成 令和	年 月 日
⑧解退職の事由				⑨健康保険者の有無	有・無
⑩被保険者の近況					
⑪賃金、退職金などの被保険者に対する未払金の有無	有・無				
⑫被保険者および被扶養者傷病状況	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				
⑬被保険者証の返納方を督促した状況	平成 令和	年 月 日	-----		
	平成 令和	年 月 日	-----		
	平成 令和	年 月 日	-----		
	平成 令和	年 月 日	-----		
上記のとおり被保険者証を回収することができません。 また、第三者に行使される等の事由により、貴組合に損害を与えた場合は、その損害を弁償いたします。					
〒			年 月 日		
事業主	住所 名称 氏名				
電話	— —				