

健康保険被保険者証回収不能届

(注意事項)

口、イ、
 ⑧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かった者
 ⑩の男女、④の昭和・平成、⑤の昭和・平成・令和の文字を○で
 ③の資格喪失届に添付して提出するもの
 ④の昭和・平成・令和の文字を○で
 ⑦の昭和・平成・令和の文字を○で

健康保険被保険者証の記号		健康保険被保険者証の番号		常務理事	事務長	課長	係
①		①					
② 被保険者の氏名		③ 性別 男・女		④ 生年 昭和 年 月 日 平成 年 月 日			
⑤ 被保険者証の回収できなかった者の氏名・生年月日	※番号	氏名		生年 月 日			備考
				昭和 平成 令和	年	月	日
				昭和 平成 令和	年	月	日
				昭和 平成 令和	年	月	日
				昭和 平成 令和	年	月	日
⑥ 被保険者の現住所または最後の住所		〒 ー					
⑦ 被保険者の資格を取得した日		昭和 平成 令和		年	月	日	⑧ 被保険者の資格を喪失した日 平成 年 月 日
⑨ 回収不能となった理由(詳しく)							
⑩ 被保険者証返納督促状	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		

ホ、ニ、ハ、
 ⑤については、回収できなかった人すべてを書いてください。
 キ被保険者の所在が不明であるときは、返戻されたハガキ又は封筒を、再三の返納督促状にもかかわらずこの届書に添付してください。
 ※印欄は記入しないでください。

受付日付印

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。

年 月 日

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名 印

電 話 () 番