

健康保険被保険者証回収不能届（整理簿）

常務理事	事務長	課長	担当者

（注 意 事 項）

イ、この届書は、被保険者の居所不明により被保険者証の回収ができない場合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は、「被保険者資格喪失届」に添付して提出するものです。

ロ、2の男女、明治・大正・昭和、8の有無および、9のイ、ロ、ハ、ニの文字は、それぞれ該当する文字を「○」でかこんで下さい。

ハ、被保険者の居所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。

ニ、※印の欄は、記入しないで下さい。

1 健康保険被保険者証の記号及び番号		第 号		2 被保険者の氏名		男・女	
				性別及び生年月日		昭・平 年 月 日生	
3 被保険者の現住所または最後の住所及び本籍地の住所		〒 TEL ()					
4 被保険者の資格を取得した日		昭和 年 月 日		8 被扶養者の有無		有 ・ 無	
5 被保険者の資格を喪失した日		平成 年 月 日		9 被保険者及び被扶養者の傷病状況		イ 被保険者に傷病がないと認められる	
6 解退職の事由						ロ 被保険者に傷病があると認められる	
						ハ 被扶養者に傷病があると認められる	
						ニ 被扶養者に傷病がないと認められる	
7 被保険者の近況				⑩ 被保険者証の返納方を督促した状況		平成 年 月 日	
						平成 年 月 日	
						平成 年 月 日	
						平成 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				※ 受付日付印 決裁日付印			
平成 年 月 日							
事業所所在地							
事業所名称							
事業主氏名				⑩ 番			
				電話 ()			

※ 整 理 簿

被保険者証を返納したとき
・ ・
督 促
・ ・
・ ・

※ 無効通知
発 送 伺

施行の日
・ ・
伺 の 日
・ ・