

※ 無効通知発送同	伺 の 日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	課 長	係
	施 行 の 日	令和 年 月 日				
	回 収 不 能 事 由 の 種 別	ア 所 在 不 明 イ 不 応 返 納	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

(注意事項)

健康保険被保険者証回収不能届

① 被保険者証の 記号と番号						
② 被保険者 の氏名	③ 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	④ 生 年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日				
⑤ 被保険者の現住所 または最後の住所	(郵便番号) _____ 方					
⑥ 被保険者の資格を 取得した日	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	⑦ 被保険者の資格を 喪失した日	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日			
⑧ 解 退 職 の 事 由				⑨ 被保険者証(被保険者用) の回収の有無	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	
⑩ 被 保 険 者 の 近 況						
⑪ 賃 金、退 職 金 等 の 被 保 険 者 に 対 す る 未 払 金 の 有 無						<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
⑫ 回 収 不 能 と な っ た 被 扶 養 者 の 氏 名						
⑬ 被 保 険 者 お よ び 被 扶 養 者 の 傷 病 状 況	<input type="checkbox"/> A 被 保 険 者 に 傷 病 が な い と 認 め ら れ る					
	<input type="checkbox"/> B 被 保 険 者 に 傷 病 が あ る と 認 め ら れ る					
	<input type="checkbox"/> C 被 扶 養 者 に 傷 病 が な い と 認 め ら れ る					
	<input type="checkbox"/> D 被 扶 養 者 に 傷 病 が あ る と 認 め ら れ る					
⑭ 被 保 険 者 証 の 返 納 方 を 督 促 し た 状 況	<input type="checkbox"/> 平成 ・ <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日					
	<input type="checkbox"/> 平成 ・ <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日					
	<input type="checkbox"/> 平成 ・ <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日					
	<input type="checkbox"/> 平成 ・ <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日					

うえのとおり被保険者証を回収することができません。

令和 年 月 日

受付日付印

事業所所在地

事業主氏名

印

電 話

(局)

番

巨樹の会健康保険組合

社 会 保 険 労 務 士 の 提 出 代 行 印

印

ア、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また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為、「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。

ア、③の男女、④の昭和、平成、令和、⑨の有無、⑩の有無および⑬のA、B、C、Dの文字は、それぞれ該当する文字を○

ウ、⑫欄は、被扶養者の被保険者証が回収不能であるときに、被扶養者の氏名を記入してください。

エ、被保険者の所在が不明であるときは、返戻されたはがきまたは封筒を、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方督促状の写などをこの届書に添付してください。

オ、※の欄は記入しないでください。