

健康保険被保険者証回収不能届

健康保険被保険者証		事業所名				
記号	番号					
被保険者氏名			生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日		
被保険者資格喪失日	令和 年 月 日	退職事由	<input type="checkbox"/> 自己都合 <input type="checkbox"/> 雇用期間満了 <input type="checkbox"/> その他 ()			
被保険者の近況						
被保険者証(被保険者用)の回収の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	賃金、退職金などの被保険者に対する未払金の有・無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
回収不能となった被扶養者の氏名	(続柄)	(続柄)				
	(続柄)	(続柄)				
	(続柄)	(続柄)				
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思われる B.被保険者に傷病があると思われる C.不明である					
	D.被扶養者に傷病がないと思われる E.被扶養者に傷病があると思われる F.不明である					
被保険者証返却を督促した状況	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 口頭 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> その他()				
	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 口頭 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> その他()				
資格喪失後の連絡先 〔寮・社宅退去後の住所〕	〒	TEL	-			
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、直ちに返納いたします。 令和 年 月 日 事業主所在地 事業主名称 事業主氏名						
		承認No.	常務理事	事務長	主任	担当

<注意事項>

- 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又は再三の返納督促にも拘らず被保険者証を返納しない場合に提出して頂くものです。
- 被保険者の所在が不明である時は、返戻されたはがき又は封筒等、再三の返納督促にも拘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ください。