

## 健康保険資格確認書回収不能届

被保険者等		事業所名		
記号	番号			
被保険者氏名		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 平成
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	枝番	(続柄)	枝番	(続柄)
	枝番	(続柄)	枝番	(続柄)
	枝番	(続柄)	枝番	(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.被保険者に傷病がないと思われる E.被保険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	—
記載のとおり確認いたしましたが、該当者の被保険者証を回収することができません。 なお、資格確認書を回収したときは直ちに三菱自動車健康保険組合へ返却いたします。				
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

## &lt;注意事項&gt;

- この届書は、被保険者の所持不明により資格確認書の回収ができないまたは再三の返納督促にも拘わらず資格確認書を返納しない場合に提出いただくものです。(有効期限を過ぎたものを除く)
- 被保険者の所在が不明であるときは、返戻された封筒等、再三の返納督促にも拘わらず返納しない場合は返納督促状の写などをこの届書に添付してください。