

(注意事項)

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添付して返納することのできない場合、「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のできない④の年号、⑨⑩⑪⑫はそれぞれ該当する文字を○で囲んでください。

ウ、⑬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。⑭欄は被扶養者の住所が不明であるときは、返戻されたハガキまたは封筒を、再三の返戻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ください。

同年月日	年 月 日	常務理事	事務長	部長	課長	課長代理	係長	係員
施行年月日	年 月 日							
無効通知発送	回収不能理由の種別	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		

① 被保険者証番号		-		健康保険被保険者証回収不能届							
② 被保険者氏名										③ 性別	男・女
⑤ 被保険者住所または最後の住所		〒 -						年	月	日	
⑥ 被保険者の資格を取得した日		5:昭 7:平 9:令	年	月	日	⑦ 被保険者の資格を喪失した日		5:昭 7:平 9:令	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		有・無			
⑩ 被保険者の近況											
⑪ 賃金、退職金などの被保険者に対する未払金の有無								有・無			
⑫ 回収不能となった被扶養者の氏名											
⑬ 被保険者及び被扶養者の傷病状況		A 被保険者に傷病がないと認められる		B 被保険者に傷病があると認められる		C 被扶養者に傷病がないと認められる		D 被扶養者に傷病があると認められる			
⑭ 被保険者証の返納督促をした経過		令和 年 月 日		令和 年 月 日		令和 年 月 日		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	組合受付印
事業所所在地	〒 -		
事業所名称			
事業主名			
電話		()	

社会保険労務士の提出代行者