

被保険者証 回収不能届 記入例

健康保険被保険者証回収不能届

常務理事	事務長	業務部長	業務課長	係長	担当者

(注意事項)

① 健康保険被保険者証の記号
② 健康保険被保険者証の番号

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に、「被保険者資格喪失届」に添付して提出するものです。

③の男女、④⑤⑦⑧⑩の元号のA、B、Cの文字は、それぞれ該当する文字を○で囲んで下さい。

① 健康保険被保険者証の記号	888	② 健康保険被保険者証の番号	1234																				
③ 被保険者の氏名	関東 太郎		④ 性別 <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女																				
⑤ 被保険者の氏名	氏名	続柄	⑥ 生年月日																				
被保険者	関東 太郎	本人	昭和 50年 4月 5日																				
証の回収	関東 花子	妻	平成 52年 12月 2日																				
ができな			昭和 年 月 日																				
かった者			平成 年 月 日																				
の氏名・			昭和 年 月 日																				
生年月日			平成 年 月 日																				
			昭和 年 月 日																				
			平成 年 月 日																				
⑦ 被保険者の現住所 または最後の住所	〒110-**** 東京都台東区〇〇 X-X □□マンションXXX号																						
⑧ 被保険者の資格 を取得した日	昭和 26年 10月 1日	⑨ 被保険者の資格 を喪失した日	平成 31年 4月 16日																				
⑩ 回収不能となった 理由(詳しく)	退職後、電話及び書面で返却を依頼するも応答無し																						
被保険者 証の返納 方を督促 した状況	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>平成 31年 4月 16日</td> <td><督促方法></td> <td><input checked="" type="radio"/> A. 電話</td> <td><input type="radio"/> B. 文書</td> <td><input type="radio"/> C. その他 ()</td> </tr> <tr> <td>平成 31年 4月 30日</td> <td></td> <td><input checked="" type="radio"/> A. 電話</td> <td><input type="radio"/> B. 文書</td> <td><input type="radio"/> C. その他 ()</td> </tr> <tr> <td>平成 元年 5月 10日</td> <td></td> <td><input checked="" type="radio"/> A. 電話</td> <td><input type="radio"/> B. 文書</td> <td><input type="radio"/> C. その他 ()</td> </tr> <tr> <td>平成 元年 5月 20日</td> <td></td> <td><input type="radio"/> A. 電話</td> <td><input checked="" type="radio"/> B. 文書</td> <td><input type="radio"/> C. その他 ()</td> </tr> </table>			平成 31年 4月 16日	<督促方法>	<input checked="" type="radio"/> A. 電話	<input type="radio"/> B. 文書	<input type="radio"/> C. その他 ()	平成 31年 4月 30日		<input checked="" type="radio"/> A. 電話	<input type="radio"/> B. 文書	<input type="radio"/> C. その他 ()	平成 元年 5月 10日		<input checked="" type="radio"/> A. 電話	<input type="radio"/> B. 文書	<input type="radio"/> C. その他 ()	平成 元年 5月 20日		<input type="radio"/> A. 電話	<input checked="" type="radio"/> B. 文書	<input type="radio"/> C. その他 ()
平成 31年 4月 16日	<督促方法>	<input checked="" type="radio"/> A. 電話	<input type="radio"/> B. 文書	<input type="radio"/> C. その他 ()																			
平成 31年 4月 30日		<input checked="" type="radio"/> A. 電話	<input type="radio"/> B. 文書	<input type="radio"/> C. その他 ()																			
平成 元年 5月 10日		<input checked="" type="radio"/> A. 電話	<input type="radio"/> B. 文書	<input type="radio"/> C. その他 ()																			
平成 元年 5月 20日		<input type="radio"/> A. 電話	<input checked="" type="radio"/> B. 文書	<input type="radio"/> C. その他 ()																			
うえ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、ただちに返納します。 令和 元年 5月 25日 事業所所在地 東京都港区△△ X-X 事業所名称 (株)□□□商事 事業主氏名 代表取締役 健康 一郎 <input type="checkbox"/> 電話 03 局 (****) **** 番																							

関東百貨店健康保険組合

社 労 士
記 載 欄

- ① 在籍時の記号・番号をご記入ください。
- ② 回収できなかった方全員をご記入ください。
- ③ 事業主に記入・証明していただく必要があります。