

常務理事	事務長	次長	主任	係

①被保険者の 記号と番号		健康保険被保険者証回収不能届			被保険者分・被扶養者分 氏名		続柄	
②被保険者 の氏名		③性別		男・ 女	④生年月日		昭和・平成 令和 年 月 日	
⑤被保険者の現住所 または最後の住所								
⑥被保険者の資格 を取得した日		昭和・平成 令和 年 月 日			⑦被保険者の資格 を喪失した日		令和 年 月 日	
⑧解退職 の事由						⑨健康保険 被扶養者の有無		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い金の有無					有・無			
⑫被保険者および 被扶養者の傷病状況		<u>A 被保険者に傷病がないと認められる</u> <u>B 被保険者に傷病があると認められる</u> <u>C 被扶養者に傷病者がいないと認められる</u> <u>D 被扶養者に傷病者があると認められる</u>						
⑬被保険者証の返納 方を督促した状況		令和 年 月 日 令和 年 月 日 令和 年 月 日 令和 年 月 日						
上の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 住 所 名 称 事業所の 所長名 電 話						受付日付印 ⑩		

イ. この届書は、被保険者の所在不明により被保険者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。

ロ. 被保険者の所在が不明であるときは返戻されたハガキ又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があるときは返納方督促状の写しなどをこの届書に添付して下さい。