

常務理事	事務長	部長	課長	係長	係

(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。

イ、③の男女、④の昭和、平成、令和、⑨の有無、⑫のA、B、Cは、それぞれ該当する文字を丸でかこんで下さい。

ウ、⑪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。

① 被 保 険 者 等 記 号 と 番 号		記号 番号	健康保険被保険者証回収不能届			
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 生
⑤ 被 保 険 者 の 現 住 所 または最後の住所		〒 - (電話番号) 方				
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		平成 令和 年 月 日
⑧ 解 退 職 の 事 由					⑨ 健 康 保 険 者 の 扶 養 有 無	有 ・ 無
⑩ 被 保 険 者 の 近 況						
⑪ 回収不能となった 被扶養者の氏名						
⑫ 被 保 険 者 お よ 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 者 が い な い と 認 め ら れ る				
		D 被 扶 養 者 に 傷 病 者 が い る と 認 め ら れ る				
⑬ 被 保 険 者 証 の 返 納 方 を 督 励 し た 状 況		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 。						
事 業 所 所 在 地 年 月 日						
事 業 所 名 称						
事 業 主 氏 名						
電話 番						

士 務 労 働 者 印 社 会 保 険 代 理 者 の 提 出		印
---------------------------------------	--	---