

健康保険被保険者証回収不能届

常務	事務長	課長	係

①被保険者証の記号及び番号	記号		番号												
②被保険者の氏名				③性別	男・女	④生年月日	昭平	年	月	日生					
⑤被保険者証ができた者の氏名・生年月日・続柄等	氏名		生年月日				続柄								
			昭平	年		月	日								
			昭平	年		月	日								
			昭平	年		月	日								
			昭平	年		月	日								
⑥被保険者の現住所または最後の住所	〒														
⑦被保険者の資格を取得した日	昭和			年		月	日	⑧被保険者の資格を喪失した日	平成		年	月	日		
⑨回収不能となった理由（詳しく）															
⑩被保険者証返納督促状況	平成												年	月	日
	平成												年	月	日
	平成												年	月	日
	平成												年	月	日

住商連合健康保険組合

1. 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。
2. ③の男女、④、⑤、⑦の昭和・平成の文字は、それぞれ該当する文字を○
で囲んでください。
3. ⑤については、回収できなかった人すべてを書いてください。
4. 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であるときは返納方督促状の写など
をこの届書に添付してください。

事業主の証明	上記のとおり、被保険者証を回収することができません。	
	平成 年 月 日	
	事業所所在地	
	事業所名称	
	事業主氏名 ⑩	
	電 話	() 番

受付日付印