

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	10	番号	555		
②被保険者の氏名	住連 一郎		③性別	男・女	④生年月日	昭平 23年 4月 5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	
	住連 一郎	昭平	23年	4月	5日	本人
	住連 花子	昭平	28年	8月	7日	妻
		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	〒〇〇〇-〇〇〇〇 神奈川県××××					
⑦被保険者の資格を取得した日	昭和平成 46年 4月 1日		⑧被保険者の資格を喪失した日	平成 〇年 5月 16日		
⑨回収不能となった理由（詳しく）	当社退職後転居したため不明					
⑩被保険者証返納督促状況	平成 〇年 5月 13日 退職前に持参するよう請求した					
	平成 〇年 5月 17日 本人より紛失連絡あり捜すよう強く要請					
	平成 〇年 5月 22日 再々捜したが見つからない旨、本人より					
	平成 年 月 日 申し出。見つり次第直ちに返却するよう要請					

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 〇年 5月 23日	
	事業所所在地	東京都〇〇〇〇
	事業所名称	××××株式会社
	事業主氏名	住友 次郎
電 話	03 (××××) 〇〇〇〇 番	

受付日付印