常務理事	事務長		係

健康保険 被保険者証・資格確認書 回収不能届

①被保険者等の記号及び番号	記号	10			番号	555						
②被保険者の氏名	住連 一郎			③生年月日	昭和 平成	年	月	日				
④回収ができなかった者の氏名・生年月日・続柄等	氏名	生年月日										続柄
	住連 一郎	昭和・平成・令和	44	年	4	月	5	日				本人
	住連 花子	昭和・平成・令和	44	年	8	月	7	日				妻
		昭和・平成・令和		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	〒 ○○○ ― ○○○○ 神奈川県××× （昭和・平成・令和 は未記入）											
⑥被保険者の資格を取得した日	昭和 平成 令和	30	年	4	月	1	日	⑦被保険者の資格を喪失した日	令和	1	年	5	月	1	日
⑧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											
⑨返納督励状況	令和 1 年 5 月 10 日	退職前に持参するよう請求した										
	令和 1 年 5 月 17 日	本人より紛失の連絡があり、捜すよう強く要請										
	令和 1 年 5 月 22 日	再々捜したが見つからない旨、本人より申し出。見つかり次第直ちに返却するよう要請										
	令和 年 月 日											

受付日付印

事業主の証明

上記のとおり、被保険者証または資格確認書を回収することができません。

令和 1 年 5 月 31 日

事業所所在地 〒 000 ― 0000
東京都･･･

事業所名称 ××××株式会社

事業主氏名 代表取締役社長 ○○

電話 03 (××××) ○○○○

社会保険労務士記載欄	

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又は資格確認書の回収ができないため、又は再三の返納督励にもかかわらず返納しない場合に提出するものです。
2．③、④、⑥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、再三の返納督励にもかかわらず返納しないものであるときは返納方督励状の写などをこの届書に添付してください。