常務理事	事務長	部 長	次 長	課 長	係 長	主 任	担 当

健康保険被保険者証回収不能届

（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、又は再三の返納督励にもかかわらず被保険者証を返納しないことができるものです。被保険者資格喪失届に添付して提出する場合に、「被保険者資格喪失届」に添付して提出する文字を○印でかこんで下さい。

イ、B、③の男女、④の昭和、平成、⑨の有無、⑪の有無および⑬のA、B、C、D、の文字は、それぞれ該当欄に記入してください。

ウ、⑫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。

エ、被保険者の所在が不明であるときは、返戻されたはがき又は封筒を、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下さい。

オ、※印の欄は、記入しないでください。

1. 被保険者の記号と番号	記号 8736 番号 166					
2. 被保険者氏名	健保　太郎	3. 性別	男・女	4. 生年月日	昭和・平成 57 年 1 月 28 日	
5. 被保険者の現住所または最後の住所	〒 175 － 0094 東京都板橋区成増○－○－○					
6. 被保険者の資格を取得した日	昭和・平成・令和 5 年 1 月 28 日	7. 被保険者資格を喪失した日	平成・令和 2 年 4 月 1 日			
8. 解退職の事由	自己都合のため	9. 被保険者証（被保険者用）の回収有無	有・無			
10. 被保険者の近況	不明					
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. 回収不能となった被扶養者の氏名						
13. 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ないと認められる D 被扶養者に傷病者があると認められる					
14. 被保険者証の返納方を督励した状況	平成・令和 2 年 4 月 10 日 電話連絡にて督促 平成・令和 2 年 4 月 20 日 電話連絡したが不在 平成・令和 2 年 5 月 5 日 書留にて文章で督促 平成・令和 2 年 5 月 15 日 転居先不明で文書返却					

うえのとおり被保険者証を回収することができません。

令和　2 年 5 月 20 日　提出

事業所所在地　東京都台東区駒形〇－〇－〇

事業所名称　山下容器　株式会社

事業所氏名　元気　哲也

電話　03－1234－5678

※受付日付印

酒フーズ健康保険組合