

## 健康保険被保険者証回収不能届

被保険者用

(注意事項)

「被保険者資格喪失届」に添付して提出するものです。

イ、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、

ハ、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、再三の返納督促にもかかわらず返納しないものであるときは返納督促状の写などをこの届書に添付してください。

ロ、③の男女、④・⑥の昭和・平成・令和、⑩・⑪の有無及び⑬のA・B・C・Dの文字はそれぞれ該当する文字を○で囲んでください。

①被保険者証の記号・番号	666—6666		神奈川県建設業健康保険組合	
フリガナ	ケンセツ タロウ	③性別	④生年月日	昭和 〇〇年〇月〇日 平成 令和
②被保険者の氏名	建設 太郎	男	女	
⑤被保険者の現住所または最後の住所	〒 231-0000 横浜市中区〇-〇		電話 045(〇〇〇)〇〇〇〇	
⑥被保険者の資格を取得した日	昭(平)令 12年 4月 1日	⑦被保険者の資格を喪失した日	令和 1年 9月 1日	
⑧退職の事由	自己都合による			
⑨被保険者の近況	退職により転居している			
⑩賃金、退職金などの被保険者に対する未払金の有無	有・無	⑪被扶養者の有無	※有( )人 無	
⑫上記⑪の※有のうち保険証の回収不能な人数 ( )人				
⑬被保険者および被扶養者のおよび傷病状況	A 被保険者に傷病者がないと認められる B 被保険者に傷病者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被保険者証の返納を督促した状況	令和 1年 9月 5日 令和 1年 9月 10日 令和 1年 9月 15日 令和 年 月 日			
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。 なお、被保険者証を回収したときは、直ちに返納いたします。 令和 1年 10月 1日 住所 横浜市中区〇-〇 事業所名 健康建設株式会社 事業主名 健康 二郎 (健康)			

受付印