

健康保険被保険者証回収不能届

被保険者用

(注意事項)

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添付して返納しないため、被保険者資格喪失届に「被保険者資格喪失届」に添付して提出するものです。

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。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。

① 被保険者証の記号・番号		—				神奈川県建設業健康保険組合			
フリガナ		③ 性別		男	④ 生年月日		昭和 年 月 日 平成 年 月 日 令和		
② 被保険者の氏名		〒 —		電話 ()					
⑤ 被保険者の現住所または最後の住所		昭・平・令 年 月 日		⑦ 被保険者の資格を喪失した日		令和 年 月 日			
⑧ 退職の事由									
⑨ 被保険者の近況									
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 被保険者証の返納督促した状況		令和 年 月 日 令和 年 月 日 令和 年 月 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 年 月 日 住 所 事業所名 事業主名							

受付印