

健康保険 被保険者証 (家族用)

回収不能届

| | | | | | | |
|------|-----|----|----|----|----|---|
| 常務理事 | 事務長 | 部長 | 補佐 | 係長 | 主任 | 係 |
| | | | | | | |

| 記号 | 番号 | 被保険者の氏名 | 生年月日 | | | 性別 | 資格取得年月日 | | | | |
|---------|----|---------|--------|---|---|----|---------|--------|---|---|---|
| | | (印) | 昭 平 | 年 | 月 | 日 | 男 女 | 昭 平 | 年 | 月 | 日 |
| 被保険者の住所 | | | | | | | 被扶養者の有無 | | | | |
| 〒 | | | | | | | 有 ・ 無 | | | | |
| 電話 () | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|------------|----|--|----|--|----|--|----|--|
| 証の回収ができない者 | 氏名 | | 続柄 | | 氏名 | | 続柄 | |
| | 氏名 | | 続柄 | | 氏名 | | 続柄 | |

| | |
|-----------------------|--|
| 削除の事由 | |
| 被扶養者の近況 (回収できない理由) | |

| | |
|---------|--|
| 被保険者署名欄 | 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、引き続き督促し証の返却があった場合ただちに返納いたします。 被保険者の署名・捺印 (印) |
|---------|--|

◎ この届書は被扶養者であったものが所在不明により、被保険者が被扶養者の被保険者証が回収できず、健保組合に被保険者証を返納できない場合に提出するものです。

| | |
|--|-----|
| 上記のとおり、健康保険被保険者証を回収することができません。 なお、引き続き督促し証の返却があった場合は、ただちに返納いたします。 | |
| 〒 | |
| 事業所所在地 | |
| 事業所名称 | |
| 事業主氏名 | (印) |
| 電 話 | () |

平成 年 月 日提出

受付日付印

| | |
|--------------------|-----|
| 社会保険労務士の 提出代行者印 | (印) |
|--------------------|-----|