|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 常務理事 | 事 務 長 | 課　長 | 担当者 |
|  |  |  |  |

ウ、被保険者の所在が不明であるときは返戻されたハガキまたは封

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。

エ、※印の欄は、記入しないでください。

(注意事項)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証の   1. この届書は、被保険者の所在不明により被保険者証・資格確認書の回収ができないため、または再三の返納督励にもかかわらず被保険者証・資格確認書を返納しないため、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、「被保険者資格喪失届」に添付して提出するものです。   イ、③の男女、④の昭和、平成、令和、⑨の有無は、それぞれ該当する文字を〇で囲んでください。  記号と番号 | 記号 | **健康保険**  **被保険者証・資格確認書**  **回収不能届** | | | | | | |
| 番号 |
| ②  被保険者  の氏名 |  | ③  性  別 | 男  ・  女 | ④  生年  月日 | 昭和  　　年　　月　　日生  平成  令和 | | | |
| ⑤  被保険者の現住所  または最後の住所 | （郵便番号）  方 | | | | | | | |
| ⑥  被保険者の資格  を取得した日 | 年　 月　 日 | ⑦  被保険者の資格  を喪失した日 | | | | 年 月 日 | | |
| ⑧  解 退 職  の 事 由 |  | | | | | | ⑨  健康保険  被扶養者  の有無 | 有  無 |
| ⑩  被 保 険 者  の 近 況 |  | | | | | | | |
| ⑪  被保険者証・資格確認書の返納を督励した状況 | 年 　月 　 日 | | | | | | | |
| 年 　月 　 日 | | | | | | | |
| 年 　月 　 日 | | | | | | | |
| 年 　月 　 日 | | | | | | | |
| うえのとおり被保険者証・資格確認書を回収することができません。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　 年 　 月 　 日  事業所住所  事業所名  事業主名  　　　　 電話 （ ） 番 | | | | | | | | |

a1043\_0612