

健康保険被保険者証回収不能届

常務理事	事務局長	課長	係員	名簿記入

① 被保険者証の 記号		② 被保険者氏名		⑥ 回収不能の理由 (出来るだけ詳しく書いてください)		
③ 資格喪失年月日 平成 年 月 日		④ 被保険者の住所		⑦ 被保険者(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 被扶養者に傷病がないと認められる D 被扶養者に傷病があると認められる		
⑤ 証の回収ができない者の	氏名	生年月日	性別			続柄
		昭和 年 月 日	男・女			
		平成 年 月 日	男・女			
		昭和 年 月 日	男・女			
		昭和 年 月 日	男・女			

見本

申請用紙は事業所担当者までご請求ください。

上記のとおり被保険者証を回収できません。
被保険者証を回収したときは直ちに返納します。

平成 年 月 日

しんくみ関西健康保険組合理事長 殿

上記被保険者に証の返納を求めましたが、前記の理由で返納できないことが判明いたしました。今回の回収不能の被保険者証によって保険給付事故発生の場合は、事業主として解決にあたりご協力いたします。

事業所所在地	〒	—
事業所名称		
事業主氏名		
電話	(局)	番

この届は、被保険者(被扶養者)の所在不明や、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場合、または被保険者証を滅失したため返納することが出来ず、被扶養者資格喪失年月日の欄には、被保険者の資格喪失に伴う場合を記入してください。