

常務理事	事務長	事務次長	業務課長	係

健康保険被保険者証回収不能届

(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戻督促にもかかわらず被保険者証を返納しなかった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。
 ロ、③の生年月日、⑤の生年月日および性別はそれぞれ該当する文字を○で囲んでください。

①被保険者等の 記号・番号	記号	番号			
②被保険者氏名	③生年月日		昭和 平成 年 月 日		
④回収不能な者 <input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者 <small>該当する方の□にチェックしてください。また、被扶養者の方が該当する場合は右欄に氏名等を記入してください。</small>	⑤対象扶養者	氏名	生年月日	性別	続柄
			昭和 平成 . .	男・女	
			昭和 平成 . .	男・女	
			昭和 平成 . .	男・女	
			昭和 平成 . .	男・女	
⑥被保険者の 現住所	〒 _____ 電話 () 番				
⑧被保険者証の 返納を督促した 状況	令和 年 月 日				
	令和 年 月 日				
	令和 年 月 日				
	令和 年 月 日				

ハ、被保険者の所在が不明であるときは、返戻されたいものはがき又は封筒を、再三の返戻督促にもかかわらず返納しないものであるときは、返納方督促状の写などを添付してください。

千葉県機械金属健康保険組合 様

上記の通り被保険者証を回収することができません。
 なお、回収次第返納しますのでよろしくお願い致します。

令和 年 月 日

事業所名

事業所所在地

事業主氏名

電話 () 番

受付日印