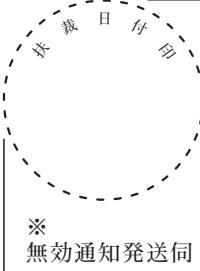


| | | | | | | | | |
|---|-----------|------------------|----------------------|------|----|----------|------|----|
|  | 伺の日 | 平成 年 月 日 | 常務理事 | 事務局長 | 部長 | 課長 | 係長 | 抜者 |
| | 施行の日 | 平成 年 月 日 | | | | | | |
| | 回収不能事由の種別 | ア 所在不明 イ 不応返納 | 被保険者証の返納があったときはその年月日 | | | 平成 年 月 日 | 受領者印 | |

(注意事項)

- 1 この届出は、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。
- 2 ③の男女、④の明治、大正、昭和、⑨の有無、⑩の有無および⑫のA、B、C、D、の文字は、それぞれ該当する文字を丸でかき、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方督促状の写などをこの届書に添付して下さい。
- 3 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方督促状の写などをこの届書に添付して下さい。
- 4 ※印の欄は、記入しないで下さい。

| | | | | | | | | | |
|---------------------------|--|---|--|------------------|---|----------------|-----------------------|------------|--|
| ① 被保険者証の記号と番号 | | 9000 | | 健康保険 | | 被保険者証回収不能届 | | | |
| ② 被保険者の氏名 | | 健保太郎 | | ③ 性別 | 男 | ④ 生年月日 | 明治 大正 昭和 41年 04月 10日生 | | |
| ⑤ 被保険者の現住所または本籍地 | | 〒135-0000 東京都江東区木場〇-〇-〇 | | TEL 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 | | 方 | | | |
| ⑥ 被保険者の資格を取得した日 | | 昭和 50年 4月 1日 | | ⑦ 被保険者の資格を喪失した日 | | 平成 17年 12月 26日 | | | |
| ⑧ 解退職の事由 | | 自己都合による | | | | ⑨ 健康保険被扶養者の有無 | | 有 無 | |
| ⑩ 被保険者の近況 | | 不詳 | | | | | | | |
| ⑪ 賃金、退職金などの被保険者に対する未払金の有無 | | 有 無 | | | | | | | |
| ⑫ 被保険者および被扶養者傷病状況 | | <input checked="" type="radio"/> A 被保険者に傷病がないと認められる <input type="radio"/> B 被保険者に傷病があると認められる <input checked="" type="radio"/> C 被扶養者の傷病者がいないと認められる <input type="radio"/> D 被扶養者に傷病者がいると認められる | | | | | | | |
| ⑬ 被保険者証の返納方督励した状況 | | 平成 17年 12月 26日 | | 電話にて連絡する | | | | | |
| | | 平成 年 12月 30日 | | 葉書にて連絡する | | | | | |
| | | 平成 年 月 日 | | | | | | | |
| | | 平成 年 月 日 | | | | | | | |
| うえのとおり被保険者証を回収することができません。 | | 〒 平成 年 月 日 | | 所在地 | | 事業所名称 | | 事業主名 | |
| | | | | | | | | 電話 局 () 番 | |
| | | | | | | | | ※ 受付日付印 | |