

伺 の 日	令和 年 月 日	常務理事	事務局長	部長	課長	係長	扱者
施 行 の 日	令和 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			令和 年 月 日	受領者印	

(注意事項)

1、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また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の昭和、平成、⑨の有無、⑩の有無および⑬のA

3、被保険者の所在が不明であるときは、返戻されたはがきまたは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督促状の写などをこの届書に添付してください。  
4、※印の欄は、記入しないでください。

① 被保険者証の 記号と番号		第 _____ 号		<b>健康保険 被保険者証回収不能届</b>			
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 _____ 年 月 日生 令和 _____ 年 月 日生			
⑤ 被保険者の現住所 または本籍地	〒 _____		TEL _____ 方				
⑥ 被保険者の資格 を取得した日	昭和 _____ 年 月 日 平成 _____ 年 月 日 令和 _____ 年 月 日		⑦ 被保険者の資格を 喪失した日	令和 _____ 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 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						
⑬ 被保険者証の返納 督促をした状況	令和 _____ 年 月 日						
	令和 _____ 年 月 日						
	令和 _____ 年 月 日						
	令和 _____ 年 月 日						

東京都木材産業健康保険組合

うえのとおり被保険者証を回収することができません。

〒 \_\_\_\_\_ 令和 \_\_\_\_\_ 年 月 日

所在地

事業所名称

事業主名

電話 \_\_\_\_\_ 局 ( \_\_\_\_\_ ) 番

受 付 日 付 印