常務理事	事務長	役	席	担当

届出種別	
適	11
※	

健康保険 被保険者証等回収不能届

① 被保険者の記号と番号	(記号)		(番号)				
② 被保険者の氏名		③ 性別	男・女	④ 生年月日	昭和 平成 年 月 日生		
⑤ 被保険者の現住所または最後の住所	〒		電話 ( )				
⑥ 被保険者の資格を取得した日	昭和 平成 令和 年 月 日	⑦ 被保険者の資格を喪失した日 転出	令和 年 月 日				
⑧ 被保険者証等	通	⑨ 健康保険被扶養者の有無	有・無				
⑩ 回収不能の事由							
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	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 被扶養者に傷病者がないと認められる						
	D 被扶養者に傷病者があると認められる						
⑬ 被保険者証等の返納方を督促した状況	平成 令和 年 月 日						
	平成 令和 年 月 日						
	平成 令和 年 月 日						
	平成 令和 年 月 日						

上記のとおり被保険者証等を回収することができません。

令和 年 月 日

事業所所在地	〒 ―
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	(局) 番

※ 受付日付印

イ、この届書は、被保険者の所在不明により被保険者証または資格確認書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または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等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の男女、④の昭和、平成、令和、⑥の昭和、平成、令和、⑨の有無、⑪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こんでください。

ハ、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。

ニ、※印の欄は、記入しないでください。

安田日本興亜健康保険組合