

| | | |
|------|----|-----|
| 業務課長 | 係長 | 担当者 |
| | | |

健康保険被保険者証回収不能届

この届書は、資格喪失した者が所在不明である場合や再三の督促にもかかわらず、被保険者証が回収ができないときに届出するものです。

| | |
|------------|----------|
| 被保険者証記号・番号 | — |
| 被保険者氏名 | |
| 被保険者住所 | |
| 資格喪失年月日 | 令和 年 月 日 |

| 被保険者証を回収できない者 | | | 近況 |
|---------------|-----------|----|----|
| 氏名 | 生年月日 | 続柄 | |
| | 昭平令 年 月 日 | | |
| | 昭平令 年 月 日 | | |
| | 昭平令 年 月 日 | | |
| | 昭平令 年 月 日 | | |
| 被保険者への督促状況 | 令和 年 月 日 | | |
| | 令和 年 月 日 | | |
| | 令和 年 月 日 | | |

令和 年 月 日提出

| | |
|--------------------------------|-----|
| 上記の者の被保険者証を回収することができないため届出します。 | |
| 事業所所在地 | 〒 — |
| 事業所名称 | |
| 事業主氏名 | |
| 電話番号 | () |

受付日付印

| | |
|----------------|--|
| 社会保険労務士 記載欄 | |
|----------------|--|

服装健康保険組合