

<div style="border: 1px dashed black; border-radius: 50%; width: 60px; height: 60px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> 裁 決 日 付 印 </div> <p>※ 無効通知発送伺</p>	伺の日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	課(係)長	扱者	給付記録
	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の昭和、平成、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こんでください。
- 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		第 _____ 号		健康保険 被保険者証回収不能届			
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	
⑤ 被保険者の現住所または最後の住所	〒 _____ 方						
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	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いないと認められる					
	D	被扶養者に傷病者があると認められる					
⑬ 被保険者証の返納方を督促した状況	令和	年	月	日			
	令和	年	月	日			
	令和	年	月	日			
	令和	年	月	日			
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	
住所							印
事業主氏名							
電話	局 ()				番		

※ 受付日付印