

回収不能督促日	令和 年 月 日
被保険者証回収日	令和 年 月 日

No.

決 裁						令和 年 月 日
常務理事	事務長	業務部長	業務課長	業務係長	業務主任	担当者

健康保険被保険者証回収不能・紛失届

被保険者証の記号・番号	(記号)	(番号)	被保険者の氏名			
被保険者証の住所	〒 - 都道府県			TEL () 携帯TEL ()		
回収不能等の対象者氏名	生 年 月 日	性別	続柄	被保険者証を返納できない理由		
	昭和 平成 年 月 日 令和	男女				
	昭和 平成 年 月 日 令和	男女				
	昭和 平成 年 月 日 令和	男女				
	昭和 平成 年 月 日 令和	男女				
	昭和 平成 年 月 日 令和	男女				

上記の者について、被保険者証が回収不能であるため届出します。なお被保険者証を回収したときは、ただちに返納します。

令和 年 月 日 提出

受付日付印

事業所所在地	() 印
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	

東部ゴム健康保険組合

記入上についての注意事項

()

4. 3. 2. 1.

この届書は、資格喪失・扶養削除時に所在不明により回収不能または紛失したため、被保険者証を返納できない場合に提出します。
 表題の回収不能・紛失の文字及び性別は、いずれか該当する文字を○で囲んでください。
 続柄は、配偶者・子ではなく本人・妻・長男・次男・長女・次女等と記入してください。
 被保険者証を返納できない理由欄には、回収不能の場合、返納を督促した状況を詳しく
 (令和〇年〇月〇日電話にて督促等) 記入してください。