

# 健康保険被保険者証回収不能届

※ 督促年月日 年 月 日  
 ※ 返納があった時 年 月 日

常務理事	事務長	事務課長	担当

被保険者証	記号	被保険者氏名	性別	男・女	生年月日	年 月 日生
	番号					
被保険者の現住所 又は最後の住所	〒-----方					電話番号 ( )
資格取得日	年 月 日	資格喪失日	年 月 日	解退職の事由		被扶養者の有無 有 ・ 無
被保険者の近況					給料・退職金等の被保険者に対する未払金の有無	有 ・ 無
回収できない者の氏名	氏名	続柄	氏名	続柄		
	氏名	続柄	氏名	続柄		
被保険者及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			C. 被扶養者に傷病者がいないと認められる		
	B. 被保険者に傷病があると認められる			D. 被扶養者に傷病者がいると認められる		
被保険者証の返納方法を 督促した状況	年 月 日 イ. 電話 ロ. 手紙 ハ. ( )			年 月 日 イ. 電話 ロ. 手紙 ハ. ( )		
	年 月 日 イ. 電話 ロ. 手紙 ハ. ( )			年 月 日 イ. 電話 ロ. 手紙 ハ. ( )		

うえのとおり被保険者証を回収することができないので届出いたします。なお、後日回収した時は直ちに返納いたします。

年 月 日

所在地

事業主 事業所名称

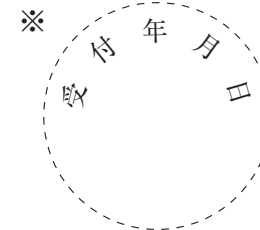
職 氏 名 (印)

- イ. この届書は、被保険者の所在が不明で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、資格喪失届に被保険者証を添付して返納できない場合に提出するものです。
- ロ. 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手紙等を再三の返納督促にもかかわらず返納しない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。
- ハ. ※印欄は記入しないで下さい。

※

入力番号		チェック	
------	--	------	--

大日本印刷健康保険組合



エリアコード	事務担当

DNPグループ各社は記入不要