



※ 無効通知発送同

|           |          |                        |        |    |          |      |      |
|-----------|----------|------------------------|--------|----|----------|------|------|
| 伺の日       | 令和 年 月 日 | 常務理事                   | 事務(局)長 | 部長 | 課長       | 課長補佐 | 担当者  |
| 施行の日      | 令和 年 月 日 |                        |        |    |          |      |      |
| 回収不能事由の種別 | ア 所在不明   | 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 |
|           | イ 不応返納   |                        |        |    |          |      |      |

(注意事項)

1 この届出は、被保険者の所在不明にかかわらず被保険者証の回収ができません。

2 被保険者証の返納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があるときは、提出することができない場合があります。

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があるときは、提出することができない場合があります。

4 昭和、平成、令和の有無、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下さい。

|                           |                      |                 |                 |        |       |               |     |
|---------------------------|----------------------|-----------------|-----------------|--------|-------|---------------|-----|
| ① 被保険者証の記号と番号             |                      | 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            |                 | ④ 生年月日 | 昭和 平成 |               |     |
| ⑤ 被保険者の住所<br>または最後の住所     |                      | 方               |                 |        |       |               |     |
| ⑥ 被保険者の資格を取得した日           |                      | 年 月 日           | ⑦ 被保険者の資格を喪失した日 |        | 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の傷病状況        | 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        | 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          |                 |                 |        |       |               |     |

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  
事業主 氏名  
電話 局 ( ) 番

東京金属事業健康保険組合  
受付日付印