

常務理事	課長	担当者

被保険者証の 記号・番号	—		健康保険被保険者証回収不能届			
被保険者の 氏名		性別	男・女	生年月日	大正 昭和 平成	年 月 日生
被保険者の現住所 または最後の住所						
被保険者資格 を取得した日	平成 令和	年 月 日	被保険者資格 を喪失した日	令和	年 月 日	
資格喪失 の事由	退職 ・ 解雇 ・ 転勤 ・ 死亡				健康保険 被扶養者 の有無	有・無
被保険者 の近況						
賃金、退職金などの被保険者に対する未払金の有無				有 ・ 無		
資格喪失時 における被 保険者およ び被扶養者 の傷病状況	被保険者の傷病の有無			有 ・ 無		
	被扶養者の傷病の有無			有 ・ 無		
被保険者証 の返納方を 督促した状 況	年 月 日					
	年 月 日					
	年 月 日					
	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						