

裁 決 日 付 印	伺 の 日	平成 年 月 日	給付記録				
	施行の日	平成 年 月 日					
※ 無効通知発送同		回収不能の種別	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	平成 年 月 日		受領者印

## (注意事項)

2

③の男女、④の明治、大正、昭和、平成、⑨の有無、⑩の有無および

4

※印の欄は、記入しないで下さい。

1

この届出は、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。

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方督促状の写などをこの届書に添付して下さい。

① 被保険者証の記号と番号	1 2 3 第 4533 号	健康保険	被保険者証回収不能届	
② 被保険者の氏名	山川 紀夫	③ 性別	男	④ 生年 明治 大正 昭和 平成
⑤ 被保険者の現住所または最後の住所	東京都板橋区中板橋3-2-4 方			
⑥ 被保険者の資格を取得した日	14年 4月 1日	⑦ 被保険者の資格を喪失した日	15年 5月 31日	
⑧ 解退職の事由	自己都合		⑨ 健康保険被扶養者の有無	有 無
⑩ 被保険者の近況	5月31日付で退職の手続きを行った。保険証を返納するよう本人に再三にわたって督促をしたが連絡がつかず回収不能となった。			
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	無
⑫ 被保険者および被扶養者傷病状況	⑫ 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		
	⑫ 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 15年 6月 20日	電話で督促したが連絡取れず		
	平成 15年 6月 30日	電話で督促したが連絡取れず		
	平成 年 月 日			
	平成 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。 平成 15年 7月 10日				
住所	鎌倉市〇〇3-1			
事業主	〇〇株式会社			
氏名	代表取締役 鎌倉一郎			
電話	046 (735)局 〇1〇6番			
			※ 受付日付印	

