

常務理事	担当者	担当者

## 健康保険証及び資格確認書回収不能届

被保険者等の 記号・番号	記号 <b>XXX</b>	番号 <b>XXXX</b>	氏名 <b>健保 太郎</b>	性別 <input checked="" type="radio"/> 男・ <input type="radio"/> 女	
被保険者の現住所 または最後の住所	〒 <b>123-4567</b> <b>〇〇県 〇〇市 △△町 1-2-3</b>		生年 月日	<input checked="" type="radio"/> 5.昭和 <input type="radio"/> 7.平成 <b>XX</b> 年 <b>XX</b> 月 <b>XX</b> 日	
資格取得 年月日	<input checked="" type="radio"/> 5.昭和 <input checked="" type="radio"/> 7.平成 <input type="radio"/> 9.令和 <b>XX</b> 年 <b>XX</b> 月 <b>XX</b> 日	資格喪失 年月日	<input checked="" type="radio"/> 5.昭和 <input type="radio"/> 7.平成 <input checked="" type="radio"/> 9.令和 <b>XX</b> 年 <b>XX</b> 月 <b>XX</b> 日		
解退職の事由	〇〇〇〇〇〇〇〇				
被保険者の近況	〇〇〇〇〇〇〇〇				
賃金、退職金などの被保険者に対する未払金の有無	有	<input checked="" type="radio"/> 無	健康保険被扶養者の有無	有	<input checked="" type="radio"/> 無
被保険者および 被扶養者傷病状況	1. <input checked="" type="radio"/> 被保険者（被扶養者）に傷病がないと認められる 2. <input type="radio"/> 被保険者（被扶養者）に傷病があると認められる				
健康保険証（資格確 認書）返納方を督促 した状況	令和 <b>XX</b> 年 <b>XX</b> 月 <b>XX</b> 日	<input checked="" type="radio"/> 電話	メール・書面	による督促	
	令和 <b>XX</b> 年 <b>XX</b> 月 <b>XX</b> 日	電話・ <input checked="" type="radio"/> メール	・書面	による督促	
	令和 <b>XX</b> 年 <b>XX</b> 月 <b>XX</b> 日	電話・メール・ <input checked="" type="radio"/> 書面		による督促	
	令和 年 月 日	電話・メール・書面		による督促	

上記のとおり健康保険証（資格確認書）を回収することができません。

また、第三者に行使される等の事由により貴組合に損害を与えた場合は、その損害を弁償いたします。

令和 **XX** 年 **XX** 月 **XX** 日

〒 **123-4567**

事業主所在地 **〇〇県 〇〇市 〇〇1-2**

事業所名称 **株式会社 〇〇〇 〇〇支店**

事業主氏名 **管理 賢一**

電話番号 **03-1234-5678**

株式会社  
〇〇

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
--------------------------	----------	----------

-----  
受付印