

常務理事	事務長	事務次長	業務課長	係

## 被 保 険 者 証 回 収 不 能 届

(注 意 事 項)

イ、この届書は、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戻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、「被保険者資格喪失届」に添付して提出するものです。  
 ロ、③の生年月日、⑤の生年月日および性別はそれぞれ該当する文字を○で囲んでください。

①被保険者等の記号・番号	記号	0 0 0 0	番号	0 0 0 0	
②被保険者氏名	健保 太郎		③生年月日	昭和 平成 00年 00月 00日	
④回収不能な者  <input type="checkbox"/> 被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者  <small>該当する方の□にチェックしてください。また、被扶養者の方が該当する場合は右欄に氏名等を記入してください。</small>	⑤対象扶養者	氏名	生年月日	性別	続柄
		健 保 愛 子	昭和 平成 00. 00 .00	男・女	妻
			昭和 平成 . .	男・女	
			昭和 平成 . .	男・女	
			昭和 平成 . .	男・女	
			昭和 平成 . .	男・女	
⑥被保険者の現住所	〒 000 - 000 00県00市00町1-1-1				
⑧被保険者証の返納を督促した状況	令和 00年 00月 00日	電話にて督促			
	令和 00年 00月 00日	電話にて督促（留守番電話にメッセージを残すも返信無し）			
	令和 年 月 日				
	令和 年 月 日				

ハ、被保険者の所在が不明であるときは、返戻されたいものはがき又は封筒を、再三の返戻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添付してください。

千葉県機械金属健康保険組合 様

上記の通り被保険者証を回収することができません。  
 なお、回収次第返納しますのでよろしくお願いいたします。

令和 00年 00月 00日

事業所名 ○○○○株式会社

事業所所在地 〒 111-1111  
 00県00市00町1-1

事業主氏名 事業 太郎

電 話 111 ( 111 ) 1111 番

受 付 日 印

千葉県機械金属健康保険組合