

※回収不能事由の種別	ア 所在不明	常務理事	事務長	課長	係長	係
	イ 不応返納					
※保険者証の返納があった時はその年月日	年 月 日					

健康保険被保険者証回収不能届

①被保険者証の記号番号						
②被保険者氏名			③性別	男・女	④生年月日	昭和 年 月 日 生 平成
⑤被保険者の現住所または最後の住所		〒 —				
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被保険者証(被保険者用)の回収の有無		有・無
⑩被保険者の状況						
⑪賞金、退職金などの被保険者に対する未払金の有無		有・無				
⑫回収不能となった被扶養者の氏名						
⑬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 被扶養者に傷病がないと認められる				
		D 被扶養者に傷病があると認められる				
⑭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。		受付日付印				
		年 月 日				
〒 —						
事業所所在地						
事業所名称						
事業主氏名						
電話		— —				

印刷製本包装機械健康保険組合

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	
-------------------	--

1. この届書は、「被保険者資格喪失届」に被保険者の所在不明により被保険者証を添付して返納する事ができない場合または再三の返戻督促にもかかわらず返納しないものときは、「被保険者資格喪失届」に添付して提出するものです。
2. ③・④・⑨・⑬は、それぞれ該当する文字を○で囲んでください。
3. 被保険者の所在が不明であるときは、返戻されたはがきまたは封筒を、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、返納方督促状の写し等をこの届書に添付してください。
4. ※の欄は、記入しないでください。