

処理年月日

常務理事	事務長	部長	課長	係長	主任・係

無効通知発送	
平成 年 月 日	
回収不能事由の種類	所在不明 不応返納

## 健康保険被保険者証 回収不能届

(注意事項)

1. 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また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。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法の写しなどをこの届書に添付してください。

被保険者証の記号・番号	被保険者の氏名		男・女	生年月日	大昭平	年 月 日
被保険者の現住所	〒					
被保険者の資格を取得した年月日	昭和 年 月 日	平成	被保険者の資格を喪失した年月日	昭和 年 月 日	平成	年 月 日
解退職の事由				被保険者証(被保険者用)の回収の有無	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					
回収不能となった被扶養者の氏名	氏名			生年月日		続柄
	(氏)	(名)	男	明昭	年 月 日	
	(氏)	(名)	女	大平	年 月 日	
	(氏)	(名)	男	明昭	年 月 日	
	(氏)	(名)	女	大平	年 月 日	
回収不能となった理由(詳しく)						
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				
被保険者証の返納の督促した状況	平成 年 月 日	口文	頭書にて督促			
	平成 年 月 日	口文	頭書にて督促			
	平成 年 月 日	口文	頭書にて督促			

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 年 月 日

事業所所在地  
事業所名称  
事業主氏名  
電話

大阪府電気工事健康保険組合 殿

社会保険労務士の提出代行印

受付日付印

印

印