

りそな健康保険組合 御中

健康保険被保険者証回収不能届

被保険者証の 記号と番号			被保険者氏名		
性別	男 ・ 女	生年月日	年	月	日生
被保険者の 現住所	〒 ー				
資格喪失年月日	年	月	日	喪失理由	
回収不能 となった 被保険者証 1, 2いずれか、 または両方を ○で囲んでください。	1	被保険者（本人）分			
	2	被扶養者（家族）分 ※回収不能となった被扶養者について下欄に記入してください。			
		氏名	性別	生年月日	続柄
			男 ・ 女	年 月 日生	
			男 ・ 女	年 月 日生	
			男 ・ 女	年 月 日生	
被保険者の近況					
督促状況	年 月 日				
	年 月 日				
	年 月 日				
事業所 所在地 名称 事業主 氏名	上記のとおり被保険者証を回収することができません。 なお、被保険者証を回収したときは、直ちに返納いたします。				
総務担当者氏名 及び連絡先	電話				

【注意事項】

- 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、被保険者証を返納できない場合に提出するものです。
- ② 被保険者の所在が不明であるときは、返戻された葉書または封筒を、再三の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ください。

【健保使用欄】

年 月 日		
常務理事	検印	担当