

りそな健康保険組合 御中

健康保険〔被保険者証・資格確認書〕回収不能届

被保険者の 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 <small>1, 2いずれか、 または両方を ○で囲んでください。</small>	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・資格確認書〕を回収することができません。 後日、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】

この届出は、被保険者の所在不明により〔被保険者証・資格確認書〕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・資格確認書〕を返納しないため、被保険者証を回収できない場合に提出するものです。

【健保使用欄】

年 月 日		
常務理事	検印	担 当