

伺 の 日	令和 年 月 日	常務理事	事務局長	部長	課長	係長	担当者
施 行 の 日	令和 年 月 日						
回 収 不 能 事 由 の 種 別	ア 所在不明 イ 不応返納	被保険者証の返納 があったときは その年月日			令和 年 月 日	受領者印	

(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、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。
2、③の男女、④の昭和、平成、⑨の有無、⑩の有無および⑫のA

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督促状の写などをこの届書に添付してください。
B、C、Dの文字は、それぞれ該当する文字を○印で囲んでください。

① 被保険者証の 記号と番号	1234 第 5678 号	健康保険 被保険者証回収不能届					
② 被保険者 の氏名	木村 太郎		③ 性 別	男	④ 生年 月日	昭和 平成	〇年 10月 5日生
⑤ 被保険者の現住所	〒 135 - 0000 東京都江東区〇〇 ×-×		TEL 03 - 9999 - 9999 方				
⑥ 被保険者の資格 を取得した日	昭和 平成 令和	〇年 4月 1日	⑦ 被保険者の資格を 喪失した日	令和 〇年 10月 1日			
⑧ 解退職 の事由	自己都合による				⑨ 健康保険者 被扶養者の 有無	有・無	
⑩ 被保険者 の近況	不明						
⑪ 賃金、退職金などの被保険者に対する未払金の有無	有・無						
⑫ 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						
⑬ 被保険者証の返納 督促をした状況	令和 〇年 10月 10日			電話にて連絡			
	令和 〇年 10月 20日			文書にて通知			
	令和 〇年 10月 25日			電話にて連絡			
	令和 年 月 日						

東京都木材産業健康保険組合

うえのとおり被保険者証を回収することができません。

〒 136 - 0000 令和 〇年 10月 28日

所在地 東京都江東区新木場〇-〇-〇

事業所名称 〇〇木材 株式会社

事業主名 材木 一郎

電話 03 - 1234 - 5678

受付日付印