

常務理事	業務部長	課長	係長	係

被保険者証 回収不能届

被保険者欄	1	被保険者証 記号・番号	(記号)	(番号)		
	2	被保険者の氏名			3 性別 男・女	
	4	被保険者の 生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日			
	5	被保険者の現住所 または最後の住所	〒: : : - : : : :	TEL (日中の連絡先) ()		
			都道 府 県			
6	被保険者の資格 を喪失した日	令和 年 月 日				

被扶養者欄	7	被扶養者の氏名			
	8	被扶養者の現住所 または最後の住所	〒: : : - : : : :	TEL (日中の連絡先) ()	
		都道 府 県			

回収不能詳細について	9	被保険者の近況			
	10	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					
11	被保険証の 返納方を督促 した状況	令和 年 月 日 (電話・文書・その他)			
		令和 年 月 日 (電話・文書・その他)			
		令和 年 月 日 (電話・文書・その他)			
		令和 年 月 日 (電話・文書・その他)			

うえのとおり被保険者証を回収することができません。				
令和 年 月 日				
〒				
事業所所在地				
事業所名称				
事業主氏名				
電話番号				

受付日付印

注意事項

1. この届書は、被保険者の住所不明により被保険者の回収ができないため又は、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。
2. 男女、昭和・平成、A・B・C・Dの傷病状況、電話・文書・その他の返納方を督促した状況は、それぞれ、該当する文字を丸で囲んでください。
3. 8の被扶養者の氏名欄には、該当する被扶養者の氏名を記入してください。
4. 16の欄には、被保険者に返納督促をした経過を期日に沿って記入してください。

ご提出・お問い合わせ先

※申請書は郵送、もしくは直接健保窓口にご提出ください。

〒111-0052
東京都台東区柳橋1-1-4
東日本プラスチック健康保険組合 適用係
Tel 03 (3862) 1055