

	伺の日	平成 年 月 日	理事長	常務	事務局長	課長	係長	扱者
	施行の日	平成 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		平成 年 月 日	受領者印		

(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とします。
- ③の男女、④の明治、大正、昭和、⑨の有無、⑩の有無および⑫のA、B、C、D、の文字は、それぞれ該当する文字を丸でかこんで下さい。
- 被保険者の所在が不明であるときは、返戻されたはがき又は封筒を、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督促状の写などをこの届書に添付して下さい。
- ※印の欄は、記入しないで下さい。

① 被保険者証の記号と番号 第 号		健康保険 被保険者証回収不能届	
② 被保険者の氏名		③ 性別	④ 生年
⑤ 被保険者の現住所または本籍地		男	昭和 年 月 日生
〒		女	平成 年 月 日生
TEL		方	
⑥ 被保険者の資格を取得した日		⑦ 被保険者の資格を喪失した日	
昭和 年 月 日		平成 年 月 日	
⑧ 解退職の事由	⑨ 健康保険被扶養者の有無		有・無
⑩ 被保険者の近況			
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 被扶養者の傷病者がいないと認められる		
	D 被扶養者に傷病者があると認められる		
⑬ 被保険者証の返納方る督促した状況	平成 年 月 日		
	平成 年 月 日		
	平成 年 月 日		
	平成 年 月 日		
うえのとおり被保険者証を回収することができません。		※ 受付日付印	
所在地 〒 平成 年 月 日			
事業所 名称			
事業主名		④	
電話 局 ()		番	

東京都自動車整備健康保険組合