健康保険 被保険者証 回収不能 届

常務理事	事務長	部長	課長	係長	係

※ この届書は、事業主が被保険者から被保険者証の回収ができない場合に提出するものです。
被保険者証を失くしている場合は、別様式「被保険者証滅失届」を作成し提出してください。

被保険者情報

被保険者証の（左づめ）	記号	番号	生年月日 □昭和 □平成 □令和 年 月 日
氏　名	（ﾌﾘｶﾞﾅ）		
住　所	（〒　　―　　）		
電話番号	自宅　　―　　―	携帯電話　　―　　―	

回収ができない方

チェック欄	回収ができない方の氏名	生年月日	性別	続柄	備考
□	被保険者（本人）				
被扶養者の情報（氏名等を記入）		□昭和 □平成 □令和 年 月 日	□男 □女		
		□昭和 □平成 □令和 年 月 日	□男 □女		
		□昭和 □平成 □令和 年 月 日	□男 □女		
		□昭和 □平成 □令和 年 月 日	□男 □女		

理由・督促経過

回収不能理由（該当番号を○）	1、督促したが返納に応じないため　※下記の返納督促経過もご記入ください。 2、その他の理由　（　　）
返納督促経過（実施日を記入し、督促方法を○）	1回目　令和　年　月　日　電話・メール・文書・口頭・その他（　　） 2回目　令和　年　月　日　電話・メール・文書・口頭・その他（　　） 3回目　令和　年　月　日　電話・メール・文書・口頭・その他（　　） 4回目　令和　年　月　日　電話・メール・文書・口頭・その他（　　）

事業主欄

事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電　話	上記の者について、被保険者証の回収ができないため届出します。なお、回収したときには、ただちに返納します。 令和　年　月　日 （〒　　―　　） ㊞ （　　）	※事業主の自署の場合は押印を省略できます。

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	㊞

受付日付印

※　組合記入欄	
届書の種類	1、喪失 2、扶養削除 3、再交付 4、更新

東京都ニット健康保険組合【2019.5改】