健康保険被保険者証回収不能届

訂正が必要な場合は、訂正する箇所を二重線で抹消後、正しい内容と訂正者の署名（サイン）を記載してください（従来通りの訂正印も可）

日本無線健康保険組合 御中

受付日付印			雇用保険	交付簿	個人台帳	証	DCC
	伺　令和　年　月　日						
	常務理事	事務長	係				

令和 X 年 X 月 X 日 提出			
記号	1010	被保険者氏名 生年月日	健保 太郎 昭・平 XX 年 X 月 X 日
番号	99999		
被保険者住所	〒○○○-○○○○ ○○県○○市○○町 1-2-3		
資格喪失年月日	令和 X 年 X 月 X 日		
回収不能者の氏名 生年月日 続柄	氏名：健保 太郎	生年月日：昭・平・令 XX 年 X 月 X 日	続柄：本人
回収できない理由	何度も返却を依頼しているが連絡が取れないため		
被保険者の近況	所在不明		
被保険者証の返納方を督励した状況	令和 X 年 X 月 X 日　直接電話し本人に言い渡す 令和 X 年 X 月 X 日　同上（紛失したらしい） 令和 X 年 X 月 X 日　手紙にて催促（本人へ到着している） 令和 X 年 X 月 X 日　再度手紙を送り、その後電話連絡をするが連絡がつかず		
事業所所在地 事業所名称 事業主氏名	（事業主の証明）未記入のまま提出してください。 提出先：SATO 社会保険労務士法人　もしくは 各会社の健康保険担当部門（人事・総務／担当者） ＊健康保険組合へ提出ではありません。提出先については各会社の健康保険担当部門（人事・総務／担当者）へお問い合わせください。		

※ この届書は、所在不明により被保険者証の回収ができない場合、
または再三の返納督励にもかかわらず被保険者証を返納しない場合に提出してください。