

常務理事	事務長	次長	課長	係長	係

健康保険 被保険者証／資格確認書 回収不能届

被 保 険 者 情 報	記号		番号		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	
	氏名									
	資格喪失年月日	令和 年 月 日								

▼被保険者を含め対象者を記入してください。

各 証 の 回 収 が で き な か つ た 者	氏名（フリガナ）	続柄	生年月日	未回収の各証	
				<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 資格確認書
				<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 資格確認書
				<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 資格確認書
				<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 資格確認書

被保険者の現住所 または最後の住所	〒 _____
回収不能となった理由（詳しく）	
返納督促の状況	令和 年 月 日
	令和 年 月 日
	令和 年 月 日
	令和 年 月 日

事 業 主 の 証 明	上記のとおり被保険者証・資格確認書を回収することができません。 被保険者証・資格確認書を回収したときは、ただちに返納します。	
	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

神奈川県電子電気機器健康保険組合

【注意事項】

この届書は、事業主が被保険者証・資格確認書の返納について、再三の返納督促にもかかわらず返納がされなかった場合に「被保険者資格喪失届」に添付して提出するものです。