

資格喪失時の健康保険被保険者証回収不能届

| | | | |
|------|-----|--|----|
| 常務理事 | 事務長 | | 担当 |
| | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|------------|-----|-----|-----|-----------------------|-----|----|----|-------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| データ | | / | | | | | | | | | |
| 被保険者の記号・番号 | | | | 被保険者氏名 | | | | 被保険者住所 | | | |
| 記号 | | 番号 | | (氏) | (名) | | | | | | |
| 退職理由 | | | | 回収できない理由 返納を督促した状況 | | | | | | | |
| 回収不能対象者 | No | 氏名 | | 生年月日 | | 性別 | 続柄 | 現在受診中であるかどうか(ある場合は医療機関の名称、住所) | | | |
| | 00 | (氏) | (名) | S | | | 本人 | <input type="checkbox"/> ある | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> わからない | |
| | | | | H | | | | 名称: | 住所: | | |
| | | | | R | | | | | | | |
| | 01 | (氏) | (名) | S | | | | | <input type="checkbox"/> ある | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> わからない |
| | | | H | | | | | 名称: | 住所: | | |
| | | | R | | | | | | | | |
| 02 | (氏) | (名) | S | | | | | <input type="checkbox"/> ある | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> わからない | |
| | | | H | | | | | 名称: | 住所: | | |
| | | | R | | | | | | | | |
| 03 | (氏) | (名) | S | | | | | <input type="checkbox"/> ある | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> わからない | |
| | | | H | | | | | 名称: | 住所: | | |
| | | | R | | | | | | | | |
| 04 | (氏) | (名) | S | | | | | <input type="checkbox"/> ある | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> わからない | |
| | | | H | | | | | 名称: | 住所: | | |
| | | | R | | | | | | | | |

上記のとおり、被保険者証が回収不能であるため届出します。被保険者証を回収したときは、ただちに返納します。

令和 年 月 日

NDS健康保険組合理事長 殿
事業所所在地
事業所名称
事業主氏名

受付

(注) この届は被保険者証を返納できない場合に提出します。