

資格喪失時の健康保険被保険者証回収不能届(記入例)

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	1	番号	12345	(氏) 日電	(名) 日電 (印) 名古屋市中区千代田二丁目15番18号		
退職理由	自己都合 定年退職等		回収できない理由 返納を督促した状況	いつ連絡したか、督促はいつ何回したかなど、そのときの状況等を詳しく記入する			
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) 日電	(名) 健太郎	S H R	3 7 1 2 2 5 男	本人	<input type="checkbox"/> ある <input checked="" type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> わからない 名称: 住所:
	01	(氏) 日電	(名) 幸司	S H R	1 0 1 1 1 4 男	長男	<input checked="" type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> わからない 名称: 日電クリニック 住所: 名古屋市中区大須1-35-23
	02	被扶養者全員を記入		S H R			<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> わからない 名称: 住所:
	03	(氏)	(名)	S H R			<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> わからない 名称: 住所:
04	(氏)	(名)	S H R			<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> わからない 名称: 住所:	

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 1 年 10 月 10 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

事業所名を記入押印

印

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。