令和　　年　　月　　日

課　長	係　長	係

健康保険被保険者証
健康保険資格確認書
回収不能届

（注意事項）

ア　この届書は被保険者の所在不明により被保険者証または資格確認書の回収ができないため、または再三の返納督促にも関わらず被保険者証または資格確認書を返納することができない場合に、「被保険者資格喪失届」に添付して提出するものです。

イ　③の昭和、平成、令和、⑦の有無、⑨のA、Bの文字は、それぞれ該当する文字を○印で囲んでください。

ウ　⑧欄は、被扶養者の被保険者証が回収不能であるときに、被扶養者の氏名を記入してください。

エ　被保険者の所在が不明であるときは、返戻されたはがきまたは封筒を、再三の返納督励にもかかわらず返納しないものであるときは返納督励状の写しなどをこの届書に添付してください。

① 健康保険の記号と番号	記号 番号		
② 被保険者の氏名		③ 生年月日	昭和 平成 令和　　年　　月　　日生
④ 被保険者の現住所または最後の住所	〒　　－		☎ （　　）
⑤ 被保険者の資格を取得した日	昭和 平成 令和　　年　　月　　日	⑥ 被保険者の資格を喪失した日	令和　　年　　月　　日
⑦ 被保険者証または資格確認書の回収の有無	有　・　無		
⑧ 回収不能となった被扶養者の氏名		1	
⑨ 被保険者および被扶養者の傷病状況	A　被保険者に傷病が　ある　・　ない　と認められる B　被扶養者に傷病が　ある　・　ない　と認められる		
⑩ 被保険者証または資格確認書の返納を督励した状況	令　和　　年　　月　　日 令　和　　年　　月　　日 令　和　　年　　月　　日		

東京都電機健康保険組合

受付日付印

上記のとおり被保険者証または資格確認書を回収することができません。

令和　　年　　月　　日

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電　　話　　（　　）

社会保険労務士記載欄

（R6.12）