

|              |           |      |    |    |    |                        |      |      |      |           |                  |
|--------------|-----------|------|----|----|----|------------------------|------|------|------|-----------|------------------|
| 社保委員<br>等の検印 | 執行の日      | 令和   | 年  | 月  | 日  | 被保険者証の返納が<br>あったときは、その | 令和   | 年    | 月    | 日         | 受領者印             |
|              | 伺の日       | 令和   | 年  | 月  | 日  | 年月日                    |      |      |      |           |                  |
|              | 常務理事      | 事務局長 | 部長 | 課長 | 係長 | 係                      | 現金記録 | 療養記録 | 回収不能 | 事由の<br>種別 | イ.所在不明<br>ロ.不応返納 |
|              | ※ 無効通知発送伺 |      |    |    |    |                        |      |      |      |           |                  |

(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を返納しないため「被保険者資格喪失届」に被保険者証を添付して返納することできない場合に、「被保険者資格喪失届」に添付して提出するものです。

イ A、B、C、D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 ⑪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、再三の返納督促にもかかわらず返納しないものであるときは返納方督促状の写などをこの届書に添付してください。

オ ※の欄は、記入しないでください。

|                           |                    |        |    |                       |                 |                      |       |     |   |    |    |
|---------------------------|--------------------|--------|----|-----------------------|-----------------|----------------------|-------|-----|---|----|----|
| ① 被保険者証の記号と番号             |                    | 第      | 号  | <b>健康保険被保険者証回収不能届</b> |                 |                      |       |     |   |    |    |
| ② 被保険者の氏名                 |                    | ③ 生年月日 | 昭和 | 年                     | 月               | 日生                   | 平成    | 年   | 月 | 日生 | 令和 |
| 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                 | 年      | 月  | 日                     | ⑥ 被保険者の資格を喪失した日 | 平成                   | 年     | 月   | 日 | 令和 |    |
| ⑦ 解退職の事由                  |                    |        |    |                       |                 | ⑧ 被保険者証(被保険者用)の回収の有無 | 有 ・ 無 |     |   |    |    |
| ⑨ 被保険者の現況                 |                    |        |    |                       |                 |                      |       |     |   |    |    |
| ⑩ 賃金、退職金などの被保険者に対する未払金の有無 | 有 ・ 無              |        |    |                       |                 |                      |       |     |   |    |    |
| ⑪ 回収不能となった被扶養者の氏名         |                    |        |    |                       |                 |                      |       |     |   |    |    |
| ⑫ 被保険者および被扶養者の傷病状況        | A 被保険者に傷病がないと認められる |        |    |                       |                 |                      |       |     |   |    |    |
|                           | B 被保険者に傷病があると認められる |        |    |                       |                 |                      |       |     |   |    |    |
|                           | C 被扶養者に傷病がないと認められる |        |    |                       |                 |                      |       |     |   |    |    |
|                           | D 被扶養者に傷病があると認められる |        |    |                       |                 |                      |       |     |   |    |    |
| ⑬ 被保険者証の返納方を督促した状況        | 令和 年 月 日           |        |    |                       |                 |                      |       |     |   |    |    |
|                           | 令和 年 月 日           |        |    |                       |                 |                      |       |     |   |    |    |
|                           | 令和 年 月 日           |        |    |                       |                 |                      |       |     |   |    |    |
|                           | 令和 年 月 日           |        |    |                       |                 |                      |       |     |   |    |    |

|                           |         |
|---------------------------|---------|
| うえのとおり被保険者証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                        | ( 局 ) 番 |

受付日付印

東京都電機健康保険組合

|            |
|------------|
| 社会保険労務士記載欄 |
|            |