

 ※ 無効通知発送伺	伺の日	年 月 日	常務理事	事務長		
	施行の日	年 月 日				
	回収不能事由の種別	ア 所在不明 イ 不応返納	被保険者証の返納があったときはその年月日		年 月 日	

(注意事項)

- 1 この届出は、被保険者の所在不明により被保険者証の回収ができな
 きないため又は再三の返納督促にもかか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。
- 2 ③ ④ ⑨ ⑩はそれぞれ該当するものを丸で囲んで下さい。
- 3 被保険者の住所が不明であるときは、返戻されたはがき又は封
 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下さい。
- 4 ※印の欄は、記入しないで下さい。

① 被保険者証の記号と番号		健康保険 被保険者証回収不能届					
② 被保険者の氏名		③ 性別	男・女	④ 生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日生	
⑤ 被保険者の現住所または最後の住所	方						
⑥ 被保険者の資格を取得した日	平成	年 月 日	⑦ 被保険者の資格を喪失した日	令和	年 月 日		
⑧ 解退職の事由						⑨ 健康保険者の有無	有・無
⑩ 被保険者の近況							
⑪ 賃金、退職金などの被保険者に対する未払金の有無	有 ・ 無						
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 被扶養者に傷病者がいないと認められる						
	D 被扶養者に傷病者がいると認められる						
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						
上記のとおり被保険者証を回収することができません。							
住所 事業主 氏名 電話 ()							
年 月 日							
受付日付印							
コスモスイニシアグループ健康保険組合殿							

※ 本書に記入していただいた個人情報については適切に取り扱い、目的外には利用しません。