

※ 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)

- 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かった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。
 - 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。
 - 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。
 - ※印の欄は、記入しないで下さい。
- 2 ③ ④ ⑨ ⑩は、それぞれ該当する文字を丸で囲んで下さい。

① 被保険者証の記号と番号	2	健康保険		被保険者証回収不能届			
第 2120 号							
② 被保険者の氏名	健保 太郎		③ 性別	男・女	④ 生年月日	昭和 〇〇年 〇月 〇日 平成 〇〇年 4月 1日 令和	
⑤ 被保険者の現住所または最後の住所	〇〇県〇〇市〇〇町1-1						方
⑥ 被保険者の資格を取得した日	平成 〇〇年 〇月 〇日 令和	⑦ 被保険者の資格を喪失した日	令和 〇〇年 〇月 〇日				
⑧ 解退職の事由	本人の都合による。					⑨ 健康保険者の有無	有・無
⑩ 被保険者の近況	何度か連絡をしているが、音信不通。						
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						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 〇〇年 〇月 〇日	電話にて督促、1週間以内に返納するとの約束あり。					
	令和 〇〇年 〇月 〇日	電話するが不通。留守番電話に伝言を行った。					
	令和 〇〇年 〇月 〇日	電話するが不通。既に利用されていない模様。					
	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	〇〇県〇〇市〇〇町1						〇〇年〇〇月〇〇日
事業主氏名	(株)〇〇〇〇 〇〇 〇〇						受付日付印
電話	111 局 (111) 1111 番						
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。