

通知文書の 発送年月日	令和 年 月 日	被保険者証の返納があつたときは、その年月日	令和 年 月 日	受領者印			
常務理事	事務局長	部長	課長	課長代理	係長	主任	係

健康保険被保険者証回収不能届【被保険者・被扶養者用】

※この届出は被保険者が被保険者証を返納せず回収できないときに提出する書類であり、この届出があつたときは、関東ITソフトウェア健康保険組合が被保険者本人へ返納督促をします。

①被保険者証の記号と番号	②被保険者の氏名	③性別	④生年月日
—		男・女	昭和 平成 年 月 日 令和
⑤資格喪失日	⑥被保険者の現住所または最後の住所(※下記住所に返納督促をします)		
平成 令和 年 月 日	〒 (TEL)		
回収不能となった被保険者・被扶養者の氏名			
回収不能となった理由	1. 3回以上 督促するも返納に応じないため		
※該当番号を○で囲んでください	2. その他の理由(詳細を記入してください)		
	()		
被保険者証の返納督促をした経過	1回目	平成 年 月 日	電話・メール・文書・口頭 その他 ()
	2回目	平成 年 月 日	電話・メール・文書・口頭 その他 ()
※実施日を記入し、督促方法を○で囲んでください	3回目	平成 年 月 日	電話・メール・文書・口頭 その他 ()
	4回目	平成 年 月 日	電話・メール・文書・口頭 その他 ()
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			受付日付印
事業所名称			
事業主氏名			
電話	()		印
社会保険労務士の提出代行者印			
			印

【注意事項】

ア. この届書は、被保険者の所在不明などにより被保険者証の回収ができないため、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。

イ. この届書を提出したときは、関東ITソフトウェア健康保険組合が⑥欄の住所へ被保険者証の返納督促をします。

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