健康保険　被保険者証 資格確認書　回収不能届

常務理事	事務長	事務次長	課長	係長	担当者

記号・番号		被保険者の氏名	性別
記号	番号		男・女
被保険者の生年月日		被保険者の現住所	
昭和・平成　年　月　日		〒　－ 電話　（　）	
資格取得年月日		資格喪失年月日	
昭和・平成・令和　年　月　日		令和　年　月　日	

回収不能となった該当者 ※□にチェックをしてください	□ 被保険者 □ 被扶養者（該当者を以下に記入）			
	該当被扶養者氏名	生年月日	性別	続柄
		昭平令　年　月　日	男・女	
		昭平令　年　月　日	男・女	
		昭平令　年　月　日	男・女	
被保険者証・資格確認書回収不能の事由				
資格喪失時の被保険者および被扶養者の傷病状況	被保険者 ある・ない 被扶養者 ある・ない　の傷病が　と認められる。			
被保険者証・資格確認書の返納督促をした状況	①　令和　年　月　日 （電話・メール・書面・口頭）	②　令和　年　月　日 （電話・メール・書面・口頭）		
備　考				

令和　年　月　日

上記のとおり被保険者証・資格確認書を回収することができません。

〒　－

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電話番号　（　）

受付年月日

神奈川県機器健康保険組合

社会保険労務士記載欄	

【注意事項】被保険者証を紛失した場合は、本届ではなく「健康保険被保険者証・資格確認書 滅失届」をご提出ください。