受付日	令和　年　月　日	受付年月日	年　月　日			
		ニチレイ健康保険組合　検印欄				
		常務理事	事務長	係	係	
施行日	令和　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	令和　年　月　日			

①	被保険者証記号と番号 (右づめ)	

健康保険　被保険者証・資格確認書回収不能届

※上記回収不能種類に〇をつけて下さい。

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	〒				
⑥ 被保険者の資格を取得した日	昭和 平成 令和　年　月　日	⑦ 被保険者の資格を喪失した日	平成 令和　年　月　日		
⑧ 解退職の事由		⑨ 健康保険被扶養者の有無	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ないと認められる D　被扶養者に傷病者があると認められる				
⑬ 被保険者証の返納方を督励した状況	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。
また、第三者に行使される等の事由により、貴組合に損害を与えた場合は、その損害を弁償いたします。

年　月　日

事業主　住所
名称
氏名

（注　意　事　項）

1　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又は再三の返納督励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の男女、④の昭和、平成、令和　⑥の昭和、平成、令和　⑨の有無、⑪の有無および⑫のＡ、Ｂ、Ｃ、Ｄの文字は、それぞれ該当する文字を丸でかこんで下さい。

3　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、再三の返納督励にもかかわらず返納しないものであるときは返納督励状の写などをこの届書に添付して下さい。

4　※の欄は、記入しないで下さい。