

被保険者証等の 返納があったとき は その年月日	令和 年 月 日	係	
-----------------------------------	----------	---	--

常務理事	事務長	担当	台帳

健康保険 被保険者証・資格確認書 回収不能届

① 被保険者の 記号 - 番号	—			
② 被保険者の 氏名	③ 性別	男 ・ 女	④ 生年月日 昭和 平成 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 年 月 日 令和	⑦ 被保険者の資格 を喪失した日	令和 年 月 日	
⑧ 退職の事由			⑨ 被扶養 者の 有無 有・無 人	
⑩ ・被保険者証ま たは資格確認書 の回収ができな かった者の氏 名・生年月日 ・高齢受給者証 について	対象者氏名	生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日	回収不能届出書類 <input type="checkbox"/> 被保険者証 / <input type="checkbox"/> 資格確認書	高齢受給者証 (交付) 有・無 (返納) 有・無
	対象者氏名	生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日	回収不能届出書類 <input type="checkbox"/> 被保険者証 / <input type="checkbox"/> 資格確認書	高齢受給者証 (交付) 有・無 (返納) 有・無
	対象者氏名	生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日	回収不能届出書類 <input type="checkbox"/> 被保険者証 / <input type="checkbox"/> 資格確認書	高齢受給者証 (交付) 有・無 (返納) 有・無
	対象者氏名	生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日	回収不能届出書類 <input type="checkbox"/> 被保険者証 / <input type="checkbox"/> 資格確認書	高齢受給者証 (交付) 有・無 (返納) 有・無
	対象者氏名	生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日	回収不能届出書類 <input type="checkbox"/> 被保険者証 / <input type="checkbox"/> 資格確認書	高齢受給者証 (交付) 有・無 (返納) 有・無
	対象者氏名	生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日	回収不能届出書類 <input type="checkbox"/> 被保険者証 / <input type="checkbox"/> 資格確認書	高齢受給者証 (交付) 有・無 (返納) 有・無
	対象者氏名	生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日	回収不能届出書類 <input type="checkbox"/> 被保険者証 / <input type="checkbox"/> 資格確認書	高齢受給者証 (交付) 有・無 (返納) 有・無
⑪ 回収不能と なった理由				
⑫ 被保険者証または資格 確認書の返納方を督促 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(高齢受給者証)または資格確認書を回収することができません。 令和 年 月 日 TISインテックグループ健康保険組合 理事長 殿				
事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話番号	受 付 日 付 印			

R6.12

(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または資格確認書等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または資格確認書等を返納しないため、「被保険者資格喪失届」に添付して返納することができない場合に、事業主が提出するものです。

2. ⑩については回収できなかった方すべてを記載して下さい。