



※ 無効通知発送伺

伺の日	令和 年 月 日	常務理事	事務(局)長	部長	課長	課長補佐	担当者
施行の日	令和 年 月 日						
回収不能事由の種別	ア 所在不明	資格確認書等の返納があったときはその年月日			令和 年 月 日		受領者印
	イ 不応返納						

(注意事項)

1 この届出は、被保険者の所在不明により資格確認書の回収が
 2 できないため又は再三の返納督促にもかかわらず資格確認書を返
 3 納しないため、「被保険者資格喪失届」に資格確認書を添付して
 4 提出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
 5 て提出するものです。
 6 ③の昭和、平成、④の男女、⑨の有無、⑩の昭和、平成、
 7 ⑪の氏名、生年月日、性別、続柄、
 8 ⑫には被保険者へ返納を督促した状況を詳しく記入してください。

① 被保険者等 記号と番号		健康保険 資格確認書等回収不能届					
② 被保険者の氏名	③ 生年 昭和 年 月 日 平成 年 月 日			④ 性別	男・女		
⑤ 被保険者の住所 および電話番号		方 Tel. ()					
⑥ 被保険者の資格を取得した日 年 月 日		⑦ 被保険者の資格を喪失した日 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 回収不能の対象者	被保険者	氏名	生年月日	性別	続柄		
			昭和 平成 令和 年 月 日	男・女	本人		
	被扶養者		昭和 平成 令和 年 月 日	男・女			
			昭和 平成 令和 年 月 日	男・女			
⑫ 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						

うえのとおり資格確認書等を回収することができません。
 令和 年 月 日

事業所所在地
 事業所名称
 事業主氏名
 電話番号 ()

東京金属事業健康保険組合
 受付日付印