

## 被 保 険 者 証 回 収 不 能 届

西日本プラスチック工業健康保険組合 御中

令和 年 月 日 提出

下記の通り健康保険被保険者証の回収ができませんでしたのでお届けします。

なお、今後被保険者証の回収不能のないように注意すると共に、今回の回収不能の被保険者証によって保険給付事故が発生した場合は事業主において解決の責任を負います。また、期日にかかわらず、後に被保険者より返納された場合は、速やかに健康保険組合へ返納いたします。

被 保 険 者	記号		氏名	⑩	届出警察署名				
	番号		住所		届出年月日		令和 年 月 日		
申 請 の 対 象 と な る 者	氏 名		資格喪失・削除年月日	生 年 月 日	性別	続柄	理由 (該当する項目を○で囲み、返納できない理由を記入してください)		
			平成・令和 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日	男 女		減 盗 そ の 他	失 難 そ の 他	
			平成・令和 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日	男 女		減 盗 そ の 他	失 難 そ の 他	
			平成・令和 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日	男 女		減 盗 そ の 他	失 難 そ の 他	
			平成・令和 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日	男 女		減 盗 そ の 他	失 難 そ の 他	
督 促 状 況	1回目	令和 年 月 日	電話・文書・口頭 (訪問)・その他 ( )		[督促した結果]				
	2回目	令和 年 月 日	電話・文書・口頭 (訪問)・その他 ( )		[督促した結果]				
	3回目	令和 年 月 日	電話・文書・口頭 (訪問)・その他 ( )		[督促した結果]				

事 業 所	事業所所在地 〒
	事業所名称
	事業主氏名 <span style="float: right;">⑩</span>
	電話番号

決 裁 欄				
-------------	--	--	--	--

受 付 印 欄