

被保険者証再交付申請の場合

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 1 年 10 月 3 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	健保 太郎		被保険者印 印	届出警察署名	〇〇警察署					
	番号	● ●	住所	大阪府大阪市中央区〇〇1-1-1			届出年月日	令和 1 年 9 月 30 日					
申 請 の 対 象 と な る 者	氏 名	健保 花子	資格喪失・削除年月日	平成・令和 年 月 日	生 年 月 日	昭和・平成・令和 1 年 5 月 24 日	性別	男 女	続柄	妻	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)	減 失 盗 難 そ の 他	外出先で紛失した為。
				平成・令和 年 月 日		昭和・平成・令和 年 月 日		男 女			減 失 盗 難 そ の 他		
				平成・令和 年 月 日		平成・令和 年 月 日		男 女			減 失 盗 難 そ の 他		この届書を健康保険組合へ提出する日を 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 失 盗 難 そ の 他		
				平成・令和 年 月 日		昭和・平成・令和 年 月 日		男 女			減 失 盗 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]							

被保険者証記号・番号を
必ず記入してください。

再交付の場合は
記入不要です。

この届書を健康保険組合へ提出する日を
記入してください。

事業主印を押印してください。
ただし、事業主自らが署名した場合、
押印は不要です。



決 裁 欄				
-------------	--	--	--	--

受 付 印 欄

事 業 所	事業所所在地 〒 550-0021
	事業所名称 大阪府大阪市西区川口●-●
	事業主氏名 西プラ工業株式会社
	電話番号 06 - ●●●● - ●●●●

資格喪失時、被保険者証回収不能の場合

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 1 年 6 月 11 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	西日本 次郎		届出警察署名							
	番号	● ●	住所	大阪府大阪市中央区〇〇2-2-2		届出年月日	令和 年 月 日						
申 請 の 対 象 と な る 者	氏 名	西日本 次郎	資格喪失・削除年月日	平成・令和 1 年 6 月 1 日	生 年 月 日	昭和・平成・令和 62 年 10 月 30 日	性別	男	続柄	本人	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)	減盗 失難 その他	本人と連絡が取れない為。
				平成・令和 年 月 日		昭和・平成・令和 年 月 日		男			減盗 失難 その他		
				平成・令和 年 月 日		昭和・平成・令和 年 月 日		男			減盗 失難 その他		
				平成・令和 年 月 日		昭和・平成・令和 年 月 日		男			減盗 失難 その他		
				平成・令和 年 月 日		昭和・平成・令和 年 月 日		男			減盗 失難 その他		
督 促 状 況	1回目	令和 1 年 6 月 5 日	電話・文書・口頭 (訪問)・その他 ()			[督促した結果] 不在。							
	2回目	令和 1 年 6 月 7 日	電話・文書・口頭 (訪問)・その他 ()			[督促した結果] 返答なし。							
	3回目	令和 1 年 6 月 10 日	電話・文書・口頭 (訪問)・その他 ()			[督促した結果] 転居しており、所在不明。							

被保険者証記号・番号を必ず記入してください。

必ずご記入ください。

この届書を健康保険組合へ提出する日を記入してください。

事業主印を押印してください。
ただし、事業主自らが署名した場合、押印は不要です。

事業主印
印

決
裁
欄

受 付 印 欄