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 ６ 年 １２ 月 １２ 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	資格喪失・削除年月日	生　年　月　日	続柄	理由（該当する項目を〇で囲み、返納できない理由を記入してください）	
	西日本　次郎	令和 ６ 年１２ 月 １日	昭和・平成・令和 ６２年１０月３０日	**本人**	滅失 盗難 その他	**本人と連絡が取れない為。**
		令和　年　月　日	昭和・平成・令和　年　月　日		滅失 盗難 その他	
		令和　年　月　日	昭和・平成・令和　年　月　日		滅失 盗難 その他	
		令和　年　月　日	昭和・平成・令和　年　月　日		滅失 盗難 その他	

被保険者証記号・番号を必ず記入してください。

この届書を健康保険組合へ提出する日を記入します。

督促状況			
1回目	令和６年１２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６年１２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６年１２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。**

電話・文書・口頭（訪問）を３回以上実施の上、必ず記入します。

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	**健保　一郎**
		06 － ●●●● － ●●●●

決裁欄				

受付印欄

2023.4 改訂