記　　入　　例

届書を提出する年月日を記入してください。

令和　1 年　9 月　1 日

回収不能届（健康保険証・資格確認書）

※太枠線内をすべて記入してください。

①被保険者等		②被保険者氏名	③性別	④被保険者生年月日
記号 1	番号 123456	健 保　太 郎	男・女	昭和・平成・令和 60 年 5 月 22 日

⑤ 被保険者の現住所または今後の住所	〒 ○○○ － ○○○○　△△△△県△△△△町○○丁目○○番地○○号 TEL ○○○（ ○○○○ ）○○○○
⑥ 被保険者の資格取得日	昭和・平成・令和 20 年 3 月 15 日
⑦ 被保険者の資格喪失日	令和 1 年 5 月 15 日
⑧ 退職事由	自己都合による退職

資格取得年月日を記入してください。

退職日の翌日を記入してください。

⑨ 回収不能の対象者
※（該当アルファベットに○印）

A 被保険者用　　B 被扶養者用

※被扶養者用の場合はその家族を記入

家族の氏名	生年月日	続柄（長男・長女等）	回収チェック
健 保　一 郎	昭和・平成・令和 30 年 1 月 5 日	父	／
健 保　康 子	昭和・平成・令和 30 年 1 月 5 日	長女	／
	昭和・平成・令和 年 月 日		／
	昭和・平成・令和 年 月 日		／

扶養に入られていた家族を記入してください。

詳しく記入してください。

⑩ 返納できない理由	退職時に電話連絡をするとすぐに返しますと回答があったが、 その後音信不通となり手紙で催促するも応答なし。

⑪ 返納督促状況	
令和 1 年 5 月 25 日	電話で返納するように連絡
令和 1 年 6 月 25 日	電話で返納するように連絡
令和 1 年 7 月 25 日	電話で返納するように連絡
令和 1 年 8 月 25 日	電話連絡をしたが応答がないため手紙で催促する

督促状況を詳しく記入してください。

・上記の者について、保険証または資格確認書が回収不能であるため届出ます。なお、回収したときは、ただちに返納いたします。

事業主が押印するので、記入しないでください。

事業所所在地　△△都△△区○○丁目○○番地○号

事業所名称　株式会社　△△△△△△△△

事業主氏名　×××　×××

届出内容に相違ないことを証明いたします。

受付印

※ この届は喪失時に保険証、資格確認書を返納できない場合に提出します。　　セブン＆アイ・ホールディングス健康保険組合　　R1-5

記入しないでください。

保記入欄	記入・押印しないでください。	返却日	常務理事	事務長	マネジャー	担当
		令和　年　月　日				

押印しないでください。