

この届出書は被保険者の所在不明により被保険者証の回収ができないため又は再三の返納督促にもかかわらず被保険者証を返納しない場合に提出するものです。

提出日：令和 年 月 日

被 保 険 者 情 報	記号	番号	生年月日	性別	
			昭和 平成 令和	年 月 日	☐ 男 ☐ 女
	氏名	(フリガナ)		喪失日	令和 年 月 日
	住所	〒 -		電話	()

被 保 険 者 証 に つ い て	欄	対象者	生年月日	性別	続柄	返納できない証の種類	
	☐	被保険者分			本人	☐ 被保険者証 ☐ 高齢受給者証	
	被 扶 養 者 氏 名		昭和 平成 令和	年 月 日	☐ 男 ☐ 女		☐ 被保険者証 ☐ 高齢受給者証
			昭和 平成 令和	年 月 日	☐ 男 ☐ 女		☐ 被保険者証 ☐ 高齢受給者証
			昭和 平成 令和	年 月 日	☐ 男 ☐ 女		☐ 被保険者証 ☐ 高齢受給者証

返 納 督 励 の 状 況 に つ い て	事由	☐ あて所不明 【返送された封筒の写し】を添付 ☐ 不応返納 【簡易書留等の写し3回以上】と【督促状写し】を添付				
	令和 年 月 日	【状況】				※書面による督促を送付記録 の残る方法で3回以上行っ ていただき、督促状況につい ては詳しくご記入ください。
	令和 年 月 日	【状況】				
	令和 年 月 日	【状況】				
	令和 年 月 日	【状況】				
	令和 年 月 日	【状況】				

上記のとおり被保険者証または高齢受給者証を返納することができないため届け出ます。

事 業 主 欄	事業所所在地	〒 -	社 会 保 険 労 務 士 の 提 出 代 行 者 印	
	事業所名称			
	事業主氏名			
	電話番号	()		

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考欄

受付日付印

常務理事	事務長			担 当

本書面に記載された内容や本申請において知り得た個人の情報について、他の目的のために利用したり第三者に提供することはありません。

パレット健康保険組合