

処 理 伺					
令 和 年 月 日					
常務理事	事務局長	事務局次長	課 長	課長補佐	担当者

## 健康保険被保険者証回収不能届

被保険者証の 記号と番号	1 2 3 4 第 5 6 号					
被保険者の氏名	健保 太郎	性別	男・女	生年月日	昭和 平成	〇〇年 〇月 〇日
被保険者の現住所 または最後の住所	〒 〇〇〇 - ××× 東京都文京区〇〇1-2-3					
	自宅電話	〇〇 ( 〇〇〇〇 ) 〇〇〇〇	携帯電話	〇〇- 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇		
被保険者の資格 を取得した日	昭・平・令〇〇年 〇月 〇日			被保険者の資格 を喪失した日	平・令〇〇年 〇月 〇日	
退職の事由	転職					
被保険者の近況	連絡先が変更となったため不明					
被保険者証 の返納を 督促した状況	平・令 〇年 〇月 〇日		電話にて返却を督促			
	平・令 〇年 〇月 〇日		郵送にて返却を督促			
	平・令 年 月 日					
	平・令 年 月 日					

うえのとおり被保険者証を回収することができませんでした。

令和 〇〇年 〇月 〇日

住 所 〒170-1234 東京都豊島区〇〇2-3-4

事業所名 ○× 歯科医院

氏 名 〇〇 〇〇

電話番号 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

受付日付

東京都歯科健康保険組合 理事長 殿