

| 健 保 捺 印 欄 | | | |
|-----------|-----|-----|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 室 長 | 担当者 |
| | | | |

資格喪失時の健康保険被保険者証回収不能届

| | | | | |
|----------------------|---|-------------------|---------------|-------|
| 被保険者証の記号番号 | 591 | 1 | 被保険者氏名 | 健保 太郎 |
| 生年月日 | 昭和・平成 49年 12月 15日 | 資格喪失年月日 | 平成 13年 10月 1日 | |
| 退職の理由 | 自 己 都 合 | | | |
| 対象者氏名及び生年月日 | 健保 太郎 | 昭和・平成 49年 12月 15日 | | |
| | 健保 愛 | 昭和・平成 52年 11月 10日 | | |
| | | 昭和・平成 年 月 日 | | |
| 回収できない理由並びに返納を督促した状況 | 電話で、退職の申出があり、本人に退職の手続きを取る様に、連絡しましたが、まだ出社せず連絡がとれません。 | | | |

上記の通り被保険者証を回収することができませんのでお届けします。

平成 13年 10月 6日

事業所の所在地 名古屋市東区泉一丁目23-22

名 称 トヨタ〇〇株式会社

事業主の氏 名 ○ ○ ○ ○ 印

トヨタ販売連合健康保険組合理事長 殿



事業所健保担当部署で証明、捺印する。