

| | | | | | | | |
|------|-----|----|----|------|----|----|---|
| 常務理事 | 事務長 | 部長 | 課長 | 課長補佐 | 係長 | 主任 | 係 |
| | | | | | | | |

令和 年 月 日提出 ◎ 記入事項を訂正する際は記入者の訂正印(サイン可)が必要になります。

| | | | | |
|--------|-------|------------------|-------|----------|
| 事業主記入欄 | 事業所住所 | 〒 () | 受付日 | |
| | 事業所名称 | | | |
| | 事業主氏名 | | | |
| | 電話番号 | | | |
| 証返納日 | | 令和 年 月 日 | 資格喪失日 | 令和 年 月 日 |

◎ 資格喪失時に保険証の返付がなく、不正に使用されることがあった場合の不当な医療費を回収する為に、この届け出を提出していただきます。この届書により知れた個人情報は組合財産保全のために収集するものであり、その目的以外には使用しません。

◎ 身元保証人又は緊急連絡先欄は必ずご記入下さい。

◎ 証回収の督促をしていない場合、この届出は受付できません。

◎ この届書提出後も引き続き督促は続けて下さるよう、お願い致します。

| | | | | | | | | | | |
|--------------|------|----|----|--------|------|--------|-------|--------|---|---|
| 被保険者情報 | 保険証の | | 氏名 | | 生年月日 | 昭和 | 平成 | 令和 | 月 | 日 |
| | 記号 | 番号 | | | | 年 | | | | |
| | 自宅住所 | | | 自宅電話番号 | | 携帯電話番号 | | 被扶養者有無 | | |
| | 〒 | | | () | | () | | 有 ・ 無 | | |
| 身元保証人又は緊急連絡先 | 氏名 | | 関係 | 連絡先住所 | | | 連絡先電話 | | | |
| | 〒 | | | () | | | () | | | |

| | | | | | | | |
|-------------|----|--|----|---------|---------|-----|--|
| 証回収できない者の氏名 | 氏名 | | 続柄 | 解退職の事由 | ※ 組合記入欄 | | |
| | 氏名 | | 続柄 | | / | 自携連 | |
| | 氏名 | | 続柄 | 被保険者の近況 | / | 自携連 | |
| | 氏名 | | 続柄 | | / | 自携連 | |

| | | | | | | |
|----------|-------|----------|--|---------------------------|--|--|
| 証回収の督促状況 | 督促した日 | | | 督促状況 (①~⑤欄を全て詳細に記入して下さい。) | | |
| | ① | 令和 年 月 日 | | | | |
| | ② | 令和 年 月 日 | | | | |
| | ③ | 令和 年 月 日 | | | | |
| | ④ | 令和 年 月 日 | | | | |
| | ⑤ | 令和 年 月 日 | | | | |