|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 記号 | **999**  | 被保険者番　　号 | **999999**  | 事業所名称 | **○○株式会社**  |
| 氏　名 | **健保　太郎** | 性別 | □男✔□女 | 生年月日 | □昭・□平 **55**年 **1**月 **1**日✔ |
| 入社年月日 | □昭・□平・□令✔ **16**年 **4**月 **1**日 | 退社年月日 | □平・□令✔　 **7**年 **3**月 **31**日 |
| 退職後の住所 | 〒**999**－**9999** | TEL　**045**（**999**）**9999** |
| **神奈川県　横浜市　○○　1-2-3** |
| 健保給付金振込先 | **△△** | □銀行✔□金庫□組合 | **△△** | 店 | □普通✔□総合 | 口座番号 | **1111111**  |
| 銀行コード |  | 支店コード |  |
| ゆうちょ銀行 | 記号 | 番号 |
|   |   |

**健康保険証・資格確認書　返却届**

|  |  |
| --- | --- |
|  | ☆人事主管課記入欄☆ |
| 健保加入扶養家族 | 氏　　　　名 | 続柄 | 生　年　月　日 | 返却する証の種類 | 保険証回収日 |
| **健保　花子**  | **妻** | □昭・□平・□令✔**60**年 **7**月 **7**日 | □保険証 ✔□資格確認書 | 令和　　年　　月　　日 |
|   |   | □昭・□平・□令 年 月 日 | □保険証 □資格確認書 | 令和　　年　　月　　日 |
|   |   | □昭・□平・□令 年 月 日 | □保険証 □資格確認書 | 令和　　年　　月　　日 |
|   |   | □昭・□平・□令 年 月 日 | □保険証 □資格確認書 | 令和　　年　　月　　日 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ☆人事主管課記入欄☆ |  | 確認印 |
| 退社日 | 令和 年 月 日 | 本人証回収日 | 令和　　年　　月　　日 |  |

＜注意事項＞

1. 太線枠内をボールペン等でもれなく記入してください。（鉛筆書きは不可）
2. 健康保険組合から健保給付金等を指定の口座に振込むことがありますので、退職後の住所及び振込先は必ず記入してください。（死亡退職の場合は、ご家族の住所・振込先を記入してください。）
3. 退職日以降は原則として他の健康保険（国民健康保険・再就職先の健康保険等）に加入することが必要であり、日産自動車健康保険組合の資格では治療を受けられませんので、その旨医療機関に告げてください。
4. この届出書と健康保険証を一緒に以下へご提出ください。

※日産自動車の方は本社人事ｻｰﾋﾞｽｾﾝﾀｰ宛に提出して下さい。

　社内メール宛先　：　ﾒｰﾙｺｰﾄﾞ　Ａ）人事ＳＣ（中国）家族異動担当　宛

　郵送先　　　　　：　〒220-8686　神奈川県横浜市西区高島1⁻1⁻1

日産自動車人事ｻｰﾋﾞｽｾﾝﾀｰ（中国）家族異動担当　宛

※日産自動車の関連会社の方は事業所：健保担当へ提出して下さい。