

※督促	年	月	日
※回収	年	月	日

常務理事	事務長	係	係	担当

健康保険被保険者証回収不能届

健康保険被保険者証の記号・番号				記 号						番 号								
被保険者であった者の氏名・住所				氏 名						住 所								
回収不能等の対象者	被扶養者番号		氏 名				生 年 月 日				性 別		続 柄		高年齢受給者証 交付 返納		被保険者証を返納できない理由	
	0	0	被保険者	(氏)	(名)	昭5 平7					男 1. 女 2.	本人	有・ 無	有・ 無				
			被扶養者	(氏)	(名)	昭5 平7 令9					男 1. 女 2.		有・ 無	有・ 無				
			被扶養者	(氏)	(名)	昭5 平7 令9					男 1. 女 2.		有・ 無	有・ 無				
			被扶養者	(氏)	(名)	昭5 平7 令9					男 1. 女 2.		有・ 無	有・ 無				
			被扶養者	(氏)	(名)	昭5 平7 令9					男 1. 女 2.		有・ 無	有・ 無				
			被扶養者	(氏)	(名)	昭5 平7 令9					男 1. 女 2.		有・ 無	有・ 無				

上記の者について、被保険者証(高年齢受給者証)が回収不能であるため届出します。なお、被保険者証を回収したときは、ただちに返納します。

令和 年 月 日

事業所所在地
事業所名称
事業主氏名

※ この届書は被保険者証を返納できない場合に健康保険組合に提出してください。
なお、届書提出後に被保険者証を回収したときも、健康保険組合に返納してください。

受付日付印