

常務理事	事務長	担当者

※督促	年 月 日
※回収	年 月 日

健康保険被保険者証回収不能届

被保険者証の 記号・番号				被保険者の住所				〒 ー				
被保険者の氏名												
回収不能等の対象者	氏 名			生 年 月 日				性別	続柄	高齢受給者証		返納できない理由
	被保険者	(氏)	(名)	昭5 平7 令9						交付	返納	
				昭5 平7 令9						有・無	有・無	
	被扶養者			昭5 平7 令9						有・無	有・無	
				昭5 平7 令9						有・無	有・無	
			昭5 平7 令9						有・無	有・無		

上記の者について、被保険者証(高齢受給者証)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
事業主名称
事業主氏名

受付日付印