

健康保険 被保険者証回収不能届

常務理事	事務長	係員

被保険者	記号—番号	—	資格喪失日	平成 令和	年	月	日
	氏名		住所				

回収不能の 対象者	氏名	生年月日	性別	続柄	被保険者証を回収できない理由		
	被保険者		昭和 平成 令和	年 月 日	男 女	本人	
	被扶養者		昭和 平成 令和	年 月 日	男 女		
	被扶養者		昭和 平成 令和	年 月 日	男 女		
	被扶養者		昭和 平成 令和	年 月 日	男 女		
	被扶養者		昭和 平成 令和	年 月 日	男 女		

上記の者について、被保険者証が回数不能であるため届出します。
 なお、この被保険者証を発見したときは、ただちに返納いたします。

令和 年 月 日

事業主住所
 事業主名称
 事業主氏名

印