

# 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	〇〇—〇〇〇〇〇〇	資格喪失日	平成 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日
	氏名	健保 太郎	住所	〇〇県〇〇市〇〇 1-2-3

	氏名		生年月日		性別	続柄	被保険者証を回収できない理由
	回収不能の 対象者	被保険者	健保 太郎	昭和 平成 令和	〇〇年〇〇月〇〇日	男(女)	本人
被扶養者		健保 良子	昭和 平成 令和	〇〇年〇〇月〇〇日	男(女)	妻	同上
被扶養者		健保 元気	昭和 平成 令和	〇〇年〇〇月〇〇日	男(女)	子	同上
被扶養者		健保 未来	昭和 平成 令和	〇〇年〇〇月〇〇日	男(女)	子	同上
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