

常務理事	事務長	部長	課長	係長	係員

健康保険被保険者証 滅失・回収不能届

被保険者証の記号番号	記号		番号		被保険者氏名	
------------	----	--	----	--	--------	--

被保険者の住所又は連絡先
〒 _____

回収不能の対象者	氏名		生年月日	性別	続柄	返納できない理由	高齢者証の回収
	被保険者		昭和・平成 年 月 日	男女	本人		有無
	被扶養者		昭和・平成・令和 年 月 日	男女			有無
	被扶養者		昭和・平成・令和 年 月 日	男女			有無
	被扶養者		昭和・平成・令和 年 月 日	男女			有無
	被扶養者		昭和・平成・令和 年 月 日	男女			有無
	被扶養者		昭和・平成・令和 年 月 日	男女			有無

上記のとおり被保険者証が回収不能であるため届出します。今後とも回収に努め回収したときはただちに返納します。

令和 年 月 日

所在地
事業所名称
事業主氏名