

※督促	年 月 日
※回収	年 月 日

理事長	常務理事	事務長	担当者

健康保険被保険者証回収不能・滅失届

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 合9	年	月	日	男 1. 女 2.	本人		有・ 無	有・ 無
		被扶養者	(氏)	(名)	昭5 平7 合9	年	月	日	男 1. 女 2.			有・ 無	有・ 無
		被扶養者	(氏)	(名)	昭5 平7 合9	年	月	日	男 1. 女 2.			有・ 無	有・ 無
		被扶養者	(氏)	(名)	昭5 平7 合9	年	月	日	男 1. 女 2.			有・ 無	有・ 無
		被扶養者	(氏)	(名)	昭5 平7 合9	年	月	日	男 1. 女 2.			有・ 無	有・ 無
		被扶養者	(氏)	(名)	昭5 平7 合9	年	月	日	男 1. 女 2.			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
事業所名称
事業主氏名

- ※ この届は被保険者証を返納できない場合に提出します。
- ※ 事業主の押印については、署名(自筆)の場合は省略できます。

受付印