

※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	健保 太郎										住 所	●●市●●区●●*丁目** - **			
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 令9	4	5	0	3	1	5	男 1. 女 2.	本人	有・無	有・無	紛失したため		
			被扶養者	(氏)	(名)	昭5 平7 令9	4	5	0	3	1	5	男 1. 女 2.	妻	有・無	有・無	同上		
			被扶養者	(氏)	(名)	昭5 平7 令9	1	3	0	1	0	1	男 1. 女 2.	父	有・無	有・無	同上		
			被扶養者	(氏)	(名)	昭5 平7 令9							男 1. 女 2.		有・無	有・無			
			被扶養者	(氏)	(名)	昭5 平7 令9							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 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

事業所所在地
事業所名称
事業主氏名
●●市●●区●●*丁目*-**
株式会社●●●●●
〇〇 〇〇

※ 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