

※督促	年	月	日
※回収	年	月	日

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				住所	高年齢受給者証		被保険者証を返納できない理由	
被保険者であった者の氏名・住所		氏名						交付	返納		
回収不能等の対象者	氏名		生年月日				性別	続柄			
	被保険者	(氏)	(名)	大3	年	月	日	男 1. 女 2.	本人	有・無	有・無
	被扶養者	(氏)	(名)	大3	年	月	日	男 1. 女 2.		有・無	有・無
	被扶養者	(氏)	(名)	大3	年	月	日	男 1. 女 2.		有・無	有・無
	被扶養者	(氏)	(名)	大3	年	月	日	男 1. 女 2.		有・無	有・無
	被扶養者	(氏)	(名)	大3	年	月	日	男 1. 女 2.		有・無	有・無
	被扶養者	(氏)	(名)	大3	年	月	日	男 1. 女 2.		有・無	有・無

上記の者について、被保険者証(高年齢受給者証)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

受付印

- ※ 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。