

被保険者証 返納年月日	令和 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届

被保険者証の 記号・番号	.			事業所名称	
被保険者氏名	フリガナ		被保険者の 生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日
被保険者の現住所 又は最後の住所	〒				
資格取得年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	資格喪失年月日	令和	年 月 日
解退職の事由					
被保険者の近況					
賃金・退職金などの被保険者に対する未払金の有無				<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	
回収できない保険証	氏名		氏名		
	氏名		氏名		
	氏名		氏名		
傷病状況	被保険者	<input type="checkbox"/> 傷病がないと認められる <input type="checkbox"/> 傷病があると認められる			
	被扶養者	<input type="checkbox"/> 傷病がないと認められる <input type="checkbox"/> 傷病があると認められる 氏名 () ()			
被保険者証の返納を 督促した状況	令和 年 月 日				
	令和 年 月 日				
	令和 年 月 日				
	令和 年 月 日				

上記の者について、被保険者証が回収不能であるため届出いたします。なお、被保険者証を回収したときは、ただちに返納いたします。	
事業所所在地	令和 年 月 日
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	()

受付印