

※督促	年 月 日
※回収	年 月 日

健康保険被保険者証回収不能・滅失届
健康保険被高齢受給者証

常務理事	事務長	係	係

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・電話番号		氏名					住所			
							電話	☎		
回収不能等の対象者	氏名		生年月日				性別	続柄	被保険者証を返納できない理由	
	被保険者	(氏)	(名)	明1 大3 昭5 平7	年	月	日	男 1. 女 2.	本人	
	被扶養者	(氏)	(名)	明1 大3 昭5 平7	年	月	日	男 1. 女 2.		
	被扶養者	(氏)	(名)	明1 大3 昭5 平7	年	月	日	男 1. 女 2.		
	被扶養者	(氏)	(名)	明1 大3 昭5 平7	年	月	日	男 1. 女 2.		
	被扶養者	(氏)	(名)	明1 大3 昭5 平7	年	月	日	男 1. 女 2.		
	被扶養者	(氏)	(名)	明1 大3 昭5 平7	年	月	日	男 1. 女 2.		

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。

平成 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。

㊞

受付印