

督促	※令和	年	月	日
回収	※令和	年	月	日

※欄は記入しないでください

常務理事	業務課長	担当者

健康保険被保険者証回収不能・滅失届

被保険者証番号		被保険者の氏名			住 所
(記号)	(番号)	(氏)	(名)	Ⓜ	〒 ー

回収不能等の対象者	被保険者	氏 名		生 年 月 日			性別	続柄	高齢受給者証		被保険者証を返納できない理由 備考	
		(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月			日	交付		返納
回収不能等の対象者	被保険者	(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男 ・ 女	本人	有 ・ 無	有 ・ 無	
	被扶養者	(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男 ・ 女		有 ・ 無	有 ・ 無	
		(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男 ・ 女		有 ・ 無	有 ・ 無	
		(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男 ・ 女		有 ・ 無	有 ・ 無	
		(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男 ・ 女		有 ・ 無	有 ・ 無	
		(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男 ・ 女		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。

事業所所在地	〒 ー
事業所名称	
事業主氏名	Ⓜ
電 話	() 番

令和 年 月 日 提出

社会保険労務士の提出代行者印
Ⓜ

受付印