

健康保険 被保険者証回収不能届

被保険者情報	被保険者証の (左つめ)	記号 <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>									番号 <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>									生年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						
氏名・印	(フリガナ)																										
住所	(〒) <table border="1"><tr><td>都</td><td>道</td></tr><tr><td>府</td><td>県</td></tr></table>						都	道	府	県																	
都	道																										
府	県																										
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	()		携帯電話	- -																						

回収不能等の対象者	氏名	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	高齢受給者証		被保険者証を返納できない理由
					交付 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	返納 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
備考							

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

事業主欄	事業所所在地	(〒)	※事業主の自署の場合は 押印を省略できます。
	事業所名称		
	事業主氏名		
	電 話	()	

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄		印
-----------------------	--	---

受付日付印

※この届は被保険者証を返納できない場合に提出します。
※回収不能対象者には、後日、被保険者あてに「健康保険被保険者証の無効のお知らせ」を送付します。