

※督促	年	月	日
※回収	年	月	日

所長	次長	課長	係長	係員

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					
被保険者であった者の氏名・住所		氏名					住所					
回収不能等の対象者	被扶養者番号	氏名		生年月日			性別	続柄	高年齢受給者証 交付 返納		被保険者証を返納できない理由	
	00	被保険者	(氏)	(名)	明1 大3 昭5 平7				男 1. 女 2.	本人		有・無 有・無
		被扶養者	(氏)	(名)	明1 大3 昭5 平7				男 1. 女 2.			有・無 有・無
		被扶養者	(氏)	(名)	明1 大3 昭5 平7				男 1. 女 2.			有・無 有・無
		被扶養者	(氏)	(名)	明1 大3 昭5 平7				男 1. 女 2.			有・無 有・無
		被扶養者	(氏)	(名)	明1 大3 昭5 平7				男 1. 女 2.			有・無 有・無
		被扶養者	(氏)	(名)	明1 大3 昭5 平7				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。

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。
- ※ 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。



---受付印---