

事務センター長 所 長	副事務センター長 副 所 長	グループ長 課 長	担 当 者

※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

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	
	0 0	被保険者	(氏)	(名)	明1 大3 昭5 平7	年	月	日	男1. 女2.	本人	有 ・ 無	有 ・ 無
		被扶養者	(氏)	(名)	明1 大3 昭5 平7	年	月	日	男1. 女2.		有 ・ 無	有 ・ 無
		被扶養者	(氏)	(名)	明1 大3 昭5 平7	年	月	日	男1. 女2.		有 ・ 無	有 ・ 無
		被扶養者	(氏)	(名)	明1 大3 昭5 平7	年	月	日	男1. 女2.		有 ・ 無	有 ・ 無
		被扶養者	(氏)	(名)	明1 大3 昭5 平7	年	月	日	男1. 女2.		有 ・ 無	有 ・ 無
		被扶養者	(氏)	(名)	明1 大3 昭5 平7	年	月	日	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。

印

 受付印
