

決裁日付印

常務理事	事務長	課(係)長	係

健康保険 被保険者証・高齢受給者証 回収不能届

※太線内はすべて記入して下さい

令和 年 月 日 提出

被保険者の氏名				性別	生年	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日		
被保険者の現住所	〒 -							
被保険者の記号と番号	記号				番号			
資格取得年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日			資格喪失年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日			
解退職の事由								
被保険者の近況								
回収不能の対象および回収不能証	<input type="checkbox"/> 被保険者 本人				<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証			
	<input type="checkbox"/> 被扶養者(氏名)				<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証			
	<input type="checkbox"/> 被扶養者(氏名)				<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証			
	<input type="checkbox"/> 被扶養者(氏名)				<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証			
	<input type="checkbox"/> 被扶養者(氏名)				<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証			
	<input type="checkbox"/> 被扶養者(氏名)				<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証			
被保険者・被扶養者の傷病状況	被保険者に傷病が (<input type="checkbox"/> ある ・ <input type="checkbox"/> ない) と認められる。 被扶養者に傷病が (<input type="checkbox"/> ある ・ <input type="checkbox"/> ない) と認められる。							
被保険者証等の返納方を督促した状況	① 令和 年 月 日 状況							
	① 令和 年 月 日 状況							
	① 令和 年 月 日 状況							
	① 令和 年 月 日 状況							

上記の通り被保険者証(高齢受給者証)を回収することができませんので届出します。
 なお、被保険者証(高齢受給者証)を回収したときには、ただちに返納します。

受付日付印

事業所所在地	〒 -		
事業所名称			
事業主氏名	(印)		
電話	()	-	