

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

令和〇〇年〇〇月〇〇日提出

被保険者の氏名	健保 太郎		性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男	生年	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 40 年 10 月 13 日	月	<input type="checkbox"/> 平成	日	<input type="checkbox"/> 令和
被保険者の現住所	〒 111 - 1111 神奈川県横浜市〇〇区〇〇〇町1-1-1									
被保険者の記号と番号	記号	1000			番号	123456				
資格取得年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	<input checked="" type="checkbox"/> 平成 21 年 10 月 1 日	<input type="checkbox"/> 令和	資格喪失年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成 1 年 9 月 1 日	<input checked="" type="checkbox"/> 令和			
解退職の事由	自己都合									
被保険者の近況	不明									
回収不能の対象および回収不能証	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者	本人			<input checked="" 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 1 年 8 月 10 日 状況 電話にて催促 ① 令和 1 年 8 月 15 日 状況 電話するが不通 ① 令和 1 年 8 月 20 日 状況 電話するが不通 ① 令和 1 年 8 月 30 日 状況 手紙にて催促									

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	() -