

常務理事	事務長		担当

健康保険 被保険者証回収不能届

記号 番号	被保険者の氏名	フリガナ	生年月日	昭和 平成	年	月	日
被保険者の現住所 又は最後の住所	〒			TEL			
被保険者の資格を取得した日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	被保険者の資格を喪失した日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日		
解退職の事由					被保険者証（被保険者用）の回収の有無		有 ・ 無
被保険者の近況							
回収不能となった被扶養者の氏名							
被保険者及び被扶養者の状況	(被保険者) <input type="checkbox"/> 傷病 <input type="checkbox"/> 傷病ではない <input type="checkbox"/> 不明						
	(被扶養者) <input type="checkbox"/> 傷病 <input type="checkbox"/> 傷病ではない <input type="checkbox"/> 不明						
被保険者証の返納方を督促した状況	令和 年 月 日						
	令和 年 月 日						
	令和 年 月 日						
	令和 年 月 日						

上記の通り被保険者証を回収することができません。

令和 年 月 日

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電話

令和 年 月 日提出
受付日付印

マルハン健康保険組合

[書類の流れ] 店舗記入⇒事業主（原本送付）⇒マルハン健康保険組合

[店舗保管の有無] 無し

健保記入欄	
-------	--

社会保険労務士 記入欄	
----------------	--