

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	被保険者の氏名	フリガナ			性別	男・女	生年月日	昭和	年	月	日				
番号								平成							
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	平成		年		月		日	被保険者の資格を 喪失した日	平成		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 被扶養者の傷病状況	A 被保険者に傷病がないと認められる														
	B 被保険者に傷病があると認められる														
	C 被扶養者に傷病がないと認められる														
	D 被扶養者に傷病があると認められる														
被保険者証の返納方 を督促した状況	平成 年 月 日														
	平成 年 月 日														
	平成 年 月 日														
	平成 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。

平成 年 月 日

事業所所在地

事業所名称 ®

事業主氏名

電話

平成 年 月 日提出
受付日付印

健保記入欄	
-------	--