

※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)		昭5 平7 令9		年		月		日	男 1. 女 2.	本人	有 ・ 無	有 ・ 無	
			被扶養者	(氏)		(名)		昭5 平7 令9		年		月		日	男 1. 女 2.		有 ・ 無	有 ・ 無	
			被扶養者	(氏)		(名)		昭5 平7 令9		年		月		日	男 1. 女 2.		有 ・ 無	有 ・ 無	
			被扶養者	(氏)		(名)		昭5 平7 令9		年		月		日	男 1. 女 2.		有 ・ 無	有 ・ 無	
			被扶養者	(氏)		(名)		昭5 平7 令9		年		月		日	男 1. 女 2.		有 ・ 無	有 ・ 無	
		被扶養者	(氏)		(名)		昭5 平7 令9		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。

令和 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