

※督促	年	月	日
※回収	年	月	日

事務センター長 所 長	副事務センター長 副 所 長	グループ長 課 長	担 当 者

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)	昭平令	年	月	日	男 1. 女 2.	本人	有・無	有・無					
			被扶養者	(氏)	(名)	昭平令	年	月	日	男 1. 女 2.		有・無	有・無					
			被扶養者	(氏)	(名)	昭平令	年	月	日	男 1. 女 2.		有・無	有・無					
			被扶養者	(氏)	(名)	昭平令	年	月	日	男 1. 女 2.		有・無	有・無					
			被扶養者	(氏)	(名)	昭平令	年	月	日	男 1. 女 2.		有・無	有・無					
		被扶養者	(氏)	(名)	昭平令	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。

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。

㊞

受付印