

督促日	年	月	日
回収日	年	月	日

常務理事	事務長	次長	課長代理	係長	担当

健康保険被保険者証（高齢受給者証）回収不能・滅失届

健康保険被保険者証の記号・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	氏名		生年月日				性別	続柄	高齢受給者証		被保険者証等を返納できない理由
								交付	返納		
	被保険者	(氏) (名)	昭					男	本人	有	有
	被扶養者	(氏) (名)	昭					男		有	有
	被扶養者	(氏) (名)	昭					男		有	有
	被扶養者	(氏) (名)	昭					男		有	有
	被扶養者	(氏) (名)	昭					男		有	有

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

※ この届書は被保険者証を返納できない場合に健康保険組合に提出してください。

受付日付印