

督促	年	月	日
回収	年	月	日

理事長	常務理事	事務長	担当

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	—	事業所・職場名						
被保険者の氏名	⑩	被保険者の生年月日	昭和 平成	年	月	日		
被保険者の現住所								

回収不能等の対象者	氏 名		生 年 月 日					続柄	保険証を返納できない理由
	(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日			
被保険者							本人		
被扶養者									
被扶養者									
被扶養者									
被扶養者									
被保険者証を滅失した理由									

受付日付印

上記の者について、被保険者証が回収不能であるため届出します。尚、被保険者証を回収したときは、直ちに返納します。

令和 年 月 日

事業主欄	事業主所在地 事業主名称 事業主氏名 電 話	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: auto;"></div> 印
------	---------------------------------	---