

健康保険被保険者証
健康保険資格確認書

回収不能・滅失届

常務理事	事務長	課長	担当

記 号 番 号		被 保 険 者 氏 名				被 保 険 者 住 所							
						電話 ()							
回 収 不 能 等 の 対 象 者	枝番	氏 名			生 年 月 日			性別	続柄	区分※	返納できない理由		
	0 0	被保険者	(氏)	(名)	昭5 平7	年	月	日	男1 女2	本人	1. 保険証 2. 資格確認書		
		被扶養者	(氏)	(名)	昭5 平7 令9	年	月	日	男1 女2		1. 保険証 2. 資格確認書		
		被扶養者	(氏)	(名)	昭5 平7 令9	年	月	日	男1 女2		1. 保険証 2. 資格確認書		
		被扶養者	(氏)	(名)	昭5 平7 令9	年	月	日	男1 女2		1. 保険証 2. 資格確認書		
		被扶養者	(氏)	(名)	昭5 平7 令9	年	月	日	男1 女2		1. 保険証 2. 資格確認書		

※) いずれかに○をしてください。

上記の者について、保険証又は資格確認書が回収不能であるため届出します。
なお、保険証又は資格確認書を回収したときは、ただちに返納します。

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電 話 ()

令和 年 月 日提出

受付日付印