

健康保険

被保険者証回収不能届

被 保 険 者 情 報	被保険者証の (左づめ)	記号 	番号 	生年月日 年 月 日 ☐昭和 ☐平成 ☐令和
	氏名	(フリガナ)		
	住所	(〒) 都 道 府 県		
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()	携帯電話	- -

※「電話番号(日中の連絡先)」または「携帯電話番号」について必ず記入してください。

回 収 不 能 等 の 対 象 者	氏名	生年月日	高齢受給者証		被保険者証を返納できない理由
			交付	返納	
		☐昭和 ☐平成 ☐令和 年 月 日	☐有 ☐無	☐有 ☐無	
		☐昭和 ☐平成 ☐令和 年 月 日	☐有 ☐無	☐有 ☐無	
		☐昭和 ☐平成 ☐令和 年 月 日	☐有 ☐無	☐有 ☐無	
		☐昭和 ☐平成 ☐令和 年 月 日	☐有 ☐無	☐有 ☐無	
備考					

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。

令和 年 月 日

なお、被保険者証を回収したときは、ただちに返納します。

事 業 主 欄	事業所所在地	(〒)
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電 話	()

社会保険労務士記載欄	氏名等
------------	-----

受付日付印

※この届は被保険者証を返納できない場合に提出します。