

健康保険 被保険者証 回収不能届

常務理事	事務長	担当

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 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	○ ○ ○ ○ ○ ○	
	氏名	(フリガナ) トウキョウ テツオ 東京 鉄男				
	住所	(〒 ○ ○ ○ ○ - ○ ○ ○ ○) ○○ 都 道 府 県 ○○市○○○1-2-3				
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL	0000	(00)	0000	携帯電話 070 - 0000 - 0000

回収不能等の対象者	氏名	生年月日	性別	高齢受給者証		被保険者証を返納できない理由	
				交付	返納		
	東京 鉄男	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	○○年 ○○月 ○○日	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	退職時に紛失していた為
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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。
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