

健康保険 証回収不能届	常務理事	担当者
(被保険者証 ・ 高齢受給者証 ・ 限度額適用認定証)		

被保険者情報	被保険者証の (左づめ)	記号 <table border="1" style="width: 100px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>									番号 <table border="1" style="width: 100px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>									生年月日 年 月 日 昭和 平成 令和	<table border="1" style="width: 100px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>								
氏名	(フリガナ)																												
住所	(〒 —)																												
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	性別	回収不能証(該当に○)			返納できない理由
			昭和 平成 令和 年 月 日	男 女	被保険者 証	高齢受給 者証	限度額適 用認定証
		昭和 平成 令和 年 月 日	男 女	被保険者 証	高齢受給 者証	限度額適 用認定証	
		昭和 平成 令和 年 月 日	男 女	被保険者 証	高齢受給 者証	限度額適 用認定証	
		昭和 平成 令和 年 月 日	男 女	被保険者 証	高齢受給 者証	限度額適 用認定証	
	備考						

被保険者証・高齢受給者証・限度額適用認定証を回収したときは、ただちに返納します。 令和 年 月 日

上記の者について、被保険者証・高齢受給者証・限度額適用認定証 が回収不能であるため届出します。

事業主欄 ※	事業所所在地	(〒 —)	記号19事業所 記入欄	
	事業所名称		所属コード	担当課長
	事業主氏名			
	電 話	()		

※ 任意継続被保険者は記入不要。

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄

受付印

※この届は被保険者証・高齢受給者証・限度額適用認定証 を返納できない場合に提出します。