

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 1 9	番号 1 2 3 4	生年月日 昭和 平成 令和	年 1 0	月 1 2	日 3 1
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎					
	住所	(〒 6 2 3 - 0 0 1 1) 京都  綾部市青野町膳所1番地					
	電話番号 (日中の連絡先) TEL	TEL		携帯電話	0 9 0 - 0 0 0 - 0 0 0 0		

※「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
	健保 花子	昭和 平成 令和	10年 5月 10日	男 女	被保険者証	高齢受給者証	限度額適用認定証
		年 月 日	男 女	被保険者証	高齢受給者証	限度額適用認定証	
		年 月 日	男 女	被保険者証	高齢受給者証	限度額適用認定証	
		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							記入した日

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	勤務者は事業所の証明が必要 (任意継続被保険者は記入不要) 限度額適用認定証のみ回収不能である場合は、記入不要		所属コード
	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。