

常務理事	事務長	部長	課長	係長	係員

健康保険 被保険者証・資格確認書 滅失・回収不能届

記号 番号	記 号	番 号	被保険者氏名			
被保険者の住所又は連絡先 〒 -						
回収不能の対象者	氏 名	生年月日	性別	続柄	返納できない理由	高齢者証の回収
	被保険者	昭和・平成 年 月 日	男女	本人		有無
	被扶養者	昭和・平成・令和 年 月 日	男女			有無
	被扶養者	昭和・平成・令和 年 月 日	男女			有無
	被扶養者	昭和・平成・令和 年 月 日	男女			有無
	被扶養者	昭和・平成・令和 年 月 日	男女			有無
	被扶養者	昭和・平成・令和 年 月 日	男女			有無
上記のとおり被保険者証・資格確認書が回収不能であるため届出します。今後とも回収に努め回収したときはただちに返納します。						
令和 年 月 日						
所在地 事業所名称 事業主氏名						