

督促	年	月	日
返納	年	月	日

常務理事	事務長	課長	担当者

健康保険被保険者証回収不能届

被保険者証の記号番号												
被保険者（であった者）の氏名		住所										
回収不能等の対象者	氏名		生年月日					性別	続柄	被保険者証を返納できない理由		
	被保険者	(氏)	(名)	昭	令					男	本人	
	被扶養者	(氏)	(名)	昭	令					男		
	被扶養者	(氏)	(名)	昭	令					男		
	被扶養者	(氏)	(名)	昭	令					男		
	被扶養者	(氏)	(名)	昭	令					男		

上記の者について、被保険者証を回収することができません。本人より被保険者証を回収した場合は直ちに返納いたします。

令和 年 月 日

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名 _____

※この届は被保険者証を返納できない場合に提出するものです。