

常務理事	事務長	係	係

## 健康保険 被保険者証回収不能届

被保険者情報	被保険者証 記号・番号	記号	番号	生年月日
				<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和         年 月 日
	氏名	(フリガナ)		
住所	〒			

回収不能等の対象者	氏名	生年月日	高齢受給者証		被保険者証を返納できない理由
			交付	返納	
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	<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"/> 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"/> 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"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
被保険者証の返納を督促した日及び状況		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			

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(高齢受給者証)を回収したときは、ただちに返納します。

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	( )

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	
-----------------------	--

受付日付印

※この届は被保険者証(高齢受給者証)を返納できない場合に提出します。