

健康保険高齡受給者証回収不能届

|        |           |           |    |                    |
|--------|-----------|-----------|----|--------------------|
| 事業所名   |           |           |    |                    |
| 被保険者番号 | 被 保 険 者 名 | 対 象 者 氏 名 | 続柄 | 返納できない理由を記入してください。 |
|        |           |           |    | 滅 失<br>その他         |
|        |           |           |    | 滅 失<br>その他         |
|        |           |           |    | 滅 失<br>その他         |
|        |           |           |    | 滅 失<br>その他         |
|        |           |           |    | 滅 失<br>その他         |

上記のとおり健康保険高齡受給者証の返納ができませんのでお届けします。なお今後回収不能のないように注意いたします。

令和     年     月     日

大阪自動車販売店健康保険組合    殿

被保険者    住            所

氏            名