

健康保険被保険者証 回収不能届(カード様式)

(いずれかに 資格喪失時 被保険者証更新時)

(届出年月日) 令和 年 月 日

※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、証明者の氏名(サイン)をご記入ください(押印可)

事業主記入欄	被保険者証の記号番号	—		被保険者氏名		
	資格取得年月日 (入社年月日)	昭和・平成・令和 年 月 日		資格喪失年月日 (退社日の翌日)	平成・令和 年 月 日	
	所属している事業所	名 称				
		所 在 地				
	回収不能対象者氏名	続柄()	続柄()	続柄()	続柄()	
返納できない理由 (詳しく記入してください)						

・上記の者について、被保険者証が回収不能であるため届出いたします。

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電話

常 務 理 事					
------------------	--	--	--	--	--

決済印

受付印