

**健康保険**  
**被保険者証**  
**資格確認書**  
**高年齢受給者証**

**返納・回収不能届**

常務理事	事務長	担当者

被保険者等		被保険者の氏名	被保険者の生年月日		被保険者の住所	
記号	番号					
			昭和 平成	年	月	日
返納不能の対象となる者						
氏名		生年月日		続柄	返納できない証の名称 <input type="checkbox"/> にチェック	
		昭和・平成・令和 年 月 日			<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 高年齢受給者証	
資格を喪失した年月日	平成 令和	年	月	日	証を滅失した年月日	平成 令和
氏名		生年月日		続柄	返納できない証の名称 <input type="checkbox"/> にチェック	
		昭和・平成・令和 年 月 日			<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 高年齢受給者証	
資格を喪失した年月日	平成 令和	年	月	日	証を滅失した年月日	平成 令和
氏名		生年月日		続柄	返納できない証の名称 <input type="checkbox"/> にチェック	
		昭和・平成・令和 年 月 日			<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 高年齢受給者証	
資格を喪失した年月日	平成 令和	年	月	日	証を滅失した年月日	平成 令和
氏名		生年月日		続柄	返納できない証の名称 <input type="checkbox"/> にチェック	
		昭和・平成・令和 年 月 日			<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 高年齢受給者証	
資格を喪失した年月日	平成 令和	年	月	日	証を滅失した年月日	平成 令和
上記のとおり申請します。						
<input type="checkbox"/> この届は、申請者本人（被保険者）が作成したものです						
		令和	年	月	日	被保険者氏名

上記のとおり 被保険者証 資格確認書 高年齢受給者証	が回収不能であるため届出します。
なお、今後回収したときは、ただちに返納します。	
令和 年 月 日	
事業所所在地 事業所名称 事業主氏名	

受付日
-----