

健康保険被保険者証 回収不能届

健康保険被保険者証の 記号	健康保険被保険者証の 番号

常務理事	事務長	業務課長	主 任	担 当 者

被 保 険 者 の 氏 名		生 年 月 日			性別	
(氏)	(名)	昭.5 平.7	年	月	日	男.1女.2
回 収 不 能 対 象 者 の 氏 名		生 年 月 日			続柄	
		昭.5 平.7 令.9	年	月	日	

未回収の理由	(未回収の事由)
<p>注意</p> <p>単に紛失、不明等ではなく回収に努めてから未回収に至るまでの経過を繊細に記載してください。 なお、被保険者に証を返納するよう督促した住所又は照会先を記載してください。</p>	<p>(被保険者の住所又は照会先)</p>

上記のとおり証を回収することができません。なお、今後発見又は回収した場合は直ちに返納します。

令和 年 月 日

事業所所在地
名 称
事業主の氏名

受付日付印