

常務理事	事務長	課長	係長	係

健康保険被保険者証（本人・家族）回収不能届

被 保 険 者 情 報	被保険者証 記号		氏 名												
	被保険者証 番号														
	住 所	〒 - - TEL - -													
	被保険者のマイナンバー記載欄 <small>(被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です)</small>														
	資格喪失年月日（認定解除年月日）			令和 年 月 日											
回 収 不 能 対 象 者	氏 名	生 年 月 日	続 柄	回収できない理由（詳しくお書きください）											
		昭和・平成・令和 年 月 日													
		昭和・平成・令和 年 月 日													
		昭和・平成・令和 年 月 日													
		昭和・平成・令和 年 月 日													

事 業 主 証 明 欄	上記のとおり申請します。									
	なお、後日健康保険証を回収した場合は、速やかに返納いたします。									
	また、不正使用のあった時など、今後一切の責任は当社が負います。									
	令和 年 月 日	事業所所在地								
	事業所名称									
	事業主氏名									