

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	<p>上記のとおり申請します。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日 事業所所在地</p> <p style="text-align: center;">事業所名称</p> <p style="text-align: center;">事業主氏名</p>									
----------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--