

常務理事	事務長	課長	係長	係

記号番号またはマイナンバーのどちらかをご記入ください

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	記号	氏名	被保険者の氏名をご記入ください											
	被保険者証 番号	番号													
	住所	被保険者の住所と連絡先をご記入ください													
	被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です)			<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> TEL - - </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> ○○○○○○○○○○○○○○ </div>											
	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）											
	対象者の氏名を ご記入ください	昭和・平成・令和 ○年 ○月 ○日	(例) 長男	回収できない理由をご記入ください											
		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													

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 事業所の所在地をご記入ください
	事業所名称 事業所の名称をご記入ください	
	事業主氏名 事業主の氏名をご記入ください	