※督促	年　　月　　日
※回収	年　　月　　日

常務理事	事務長	課長	係長	主任	担当者

健康保険被保険者証回収不能・紛失届

健康保険被保険者証の記号・番号	記　号		番　号	
被保険者であった者の氏名・住所	氏　名		住　所	

回収不能等の対象者	氏	名	生年月日	性別	続柄	高齢受給者証 交付	高齢受給者証 返納	被保険者証を返納できない理由
	(氏)	(名)	昭5 平7 令9	男 1 ・ 女 2		有・無	有・無	
	(氏)	(名)	昭5 平7 令9	男 1 ・ 女 2		有・無	有・無	
	(氏)	(名)	昭5 平7 令9	男 1 ・ 女 2		有・無	有・無	
	(氏)	(名)	昭5 平7 令9	男 1 ・ 女 2		有・無	有・無	
	(氏)	(名)	昭5 平7 令9	男 1 ・ 女 2		有・無	有・無	
	(氏)	(名)	昭5 平7 令9	男 1 ・ 女 2		有・無	有・無	

上記の者について、被保険者証(高齢受給者証)が回収不能であるため届出します。なお、被保険者証を回収したときは、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

受付日付印

※　この届書は被保険者証を返納できない場合に提出します。

R3.3調製