

※督促	年	月	日
※回収	年	月	日

所長	次長	課長	係長	係員

健康保険被保険者証回収不能・滅失届

健康保険被保険者証の記号・番号		記号		番号					
事業所整理記号・被保険者整理番号		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	被扶養者番号	氏名		生年月日	性別	続柄	高齢受給者証 交付	返納	被保険者証を返納できない理由
	00	被保険者	(氏) (名)	明1 大3 昭5 平7	男 1. 女 2.	本人	有 無	有 無	
		被扶養者	(氏) (名)	明1 大3 昭5 平7	男 1. 女 2.		有 無	有 無	
		被扶養者	(氏) (名)	明1 大3 昭5 平7	男 1. 女 2.		有 無	有 無	
		被扶養者	(氏) (名)	明1 大3 昭5 平7	男 1. 女 2.		有 無	有 無	
		被扶養者	(氏) (名)	明1 大3 昭5 平7	男 1. 女 2.		有 無	有 無	
		被扶養者	(氏) (名)	明1 大3 昭5 平7	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。

平成 年 月 日

事業所所在地
事業所名称
事業主氏名



- ※ この届書は被保険者証を返納できない場合に管轄の社会保険事務所に提出してください。
- ※ なお、届書提出後に被保険者証を回収したときは、全国健康保険協会各支部に返納してください。
- ※ 事業主の押印については、署名(自筆)の場合は省略できます。

受付日付印