

| | | | |
|----|---|---|---|
| 督促 | 年 | 月 | 日 |
| 返納 | 年 | 月 | 日 |

| | | | | |
|------|-----|----|----|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 部長 | 課長 | 担当者 |
| | | | | |

健康保険被保険者証回収不能届

| | | | | | | | | | | | | | |
|----------------|------|-----|------|---|---|--|--|----|----|----------------|----|--|--|
| 被保険者等の記号番号 | | . | | | | | | | | | | | |
| 被保険者（であった者）の氏名 | | 住所 | | | | | | | | | | | |
| 回収不能等の対象者 | 氏名 | | 生年月日 | | | | | 性別 | 続柄 | 被保険者証を返納できない理由 | 備考 | | |
| | 被保険者 | (氏) | (名) | 昭 | 令 | | | | | 男・女 | 本人 | | |
| | 被扶養者 | (氏) | (名) | 昭 | 令 | | | | | 男・女 | | | |
| | 被扶養者 | (氏) | (名) | 昭 | 令 | | | | | 男・女 | | | |
| | 被扶養者 | (氏) | (名) | 昭 | 令 | | | | | 男・女 | | | |
| | 被扶養者 | (氏) | (名) | 昭 | 令 | | | | | 男・女 | | | |

上記の者について、被保険者証を回収することができません。本人より被保険者証を回収した場合は直ちに返納いたします。

令和 年 月 日

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名 _____

※この届は被保険者証を返納できない場合に提出するものです。