

督促	年	月	日
返納	年	月	日

常務理事	事務長	部長	課長	担当者

健康保険高齢受給者証回収不能届

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	高齢受給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												
				平																					
	被扶養者	(氏)	(名)	昭	令							男・女													
				平																					
	被扶養者	(氏)	(名)	昭	令							男・女													
				平																					
被扶養者	(氏)	(名)	昭	令							男・女														
			平																						
被扶養者	(氏)	(名)	昭	令							男・女														
			平																						

上記の者について、高齢受給者証を回収することができません。本人より高齢受給者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 _____

※この届は高齢受給者証を返納できない場合に提出するものです。