

常務理事	事務長	課長	係長	扱者

◎裏面の注意事項を必ずお読みください。

① 被保険者証 の記号		② 被保険者証 の番号		<b>健康保険被保険者証回収不能届</b>				
③ 被保険者 の氏名				④ 性 別	男 ・ 女	⑤ 生年 月日	昭和 平成	年 月 日生
⑥ 被保険者の現住所 または最後の住所	〒 _____			TEL ( )				
⑦ 被保険者の資格を 取得した日	年 月 日	⑧ 被保険者の資格を 喪失した日	平成 年 月 日					
⑨ 被保険者 の近況								
⑩ 回収不能となった 被扶養者の氏名								
⑪ 被保険者および被 扶養者の傷病状況	A			被保険者に傷病がないと認められる				
	B			被保険者に傷病があると認められる				
	C			被扶養者に傷病がないと認められる				
	D			被扶養者に傷病があると認められる				
⑫ 被保険者証の返納 を督促した状況	平成	年	月	日				
	平成	年	月	日				
	平成	年	月	日				
	平成	年	月	日				

うえのとおり被保険者証を回収することができません。

平成 年 月 日

事業所所在地

事業主氏名 (印)

電話 ( )

-----  
受付日付印

社会保険労務士の提出代行者印	
	(印)