※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・滅失届

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	男 1 女 2		有・無	有・無	
	(氏)	(名)	昭5 平7	男 1 女 2		有・無	有・無	
	(氏)	(名)	昭5 平7	男 1 女 2		有・無	有・無	
	(氏)	(名)	昭5 平7	男 1 女 2		有・無	有・無	
	(氏)	(名)	昭5 平7	男 1 女 2		有・無	有・無	
	(氏)	(名)	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　　㊞

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。
※　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。

26.6適用