

|     |   |   |   |
|-----|---|---|---|
| ※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・紛失届

| 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<br>交付 返納 |   | 被保険者証を返納できない理由 |
|                 | (氏) | (名) | 昭5   |  |   | 男  | 1  | 有               | 有 |                |
|                 |     |     | 平7   |  |   | 女  | 2  | 無               | 無 |                |
|                 |     |     | 令9   |  |   |    |    |                 |   |                |
|                 | (氏) | (名) | 昭5   |  |   | 男  | 1  | 有               | 有 |                |
|                 |     |     | 平7   |  |   | 女  | 2  | 無               | 無 |                |
|                 |     |     | 令9   |  |   |    |    |                 |   |                |
|                 | (氏) | (名) | 昭5   |  |   | 男  | 1  | 有               | 有 |                |
|                 |     | 平7  |      |  | 女 | 2  | 無  | 無               |   |                |
|                 |     | 令9  |      |  |   |    |    |                 |   |                |
| (氏)             | (名) | 昭5  |      |  | 男 | 1  | 有  | 有               |   |                |
|                 |     | 平7  |      |  | 女 | 2  | 無  | 無               |   |                |
|                 |     | 令9  |      |  |   |    |    |                 |   |                |
| (氏)             | (名) | 昭5  |      |  | 男 | 1  | 有  | 有               |   |                |
|                 |     | 平7  |      |  | 女 | 2  | 無  | 無               |   |                |
|                 |     | 令9  |      |  |   |    |    |                 |   |                |

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。

令和 年 月 日

事業所所在地

受付目付印

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。

㊞

31.4適用