

健康保険被保険者証回収不能届

常務理事	事務長	部長	課長	係長	担当者

被保険者情報	記号		番号		氏名	フリガナ 氏 名
	生年月日	5 昭和 7 平成 9 令和	年 月 日	電話番号	— —	備考

回収不能対象者	氏名		生年月日				続柄	備考
	フリガナ		5 昭和	年	月	日		
	氏	名	7 平成					
			9 令和					
	フリガナ		5 昭和	年	月	日		
	氏	名	7 平成					
		9 令和						
フリガナ		5 昭和	年	月	日			
氏	名	7 平成						
		9 令和						
フリガナ		5 昭和	年	月	日			
氏	名	7 平成						
		9 令和						

督促の状況	連絡日			連絡手段			状況
	令和	年	月 日	文書・電話・メール・その他 ()			
	令和	年	月 日	文書・電話・メール・その他 ()			
	令和	年	月 日	文書・電話・メール・その他 ()			
	令和	年	月 日	文書・電話・メール・その他 ()			
	令和	年	月 日	文書・電話・メール・その他 ()			

上記の者について、健康保険被保険者証が回収不能であるため届出いたします。
 なお、健康保険被保険者証を回収したときは、ただちに返納いたします。

〒 — —

事業所の所在地

名称

電話番号 — —

事業主名

Ⓜ ※自署の場合は、押印を省略できます。

社会保険労務士の提出代行者印

Ⓜ

受付印