

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	年	月	日	電話番号	備考
		7 平成				—	—
		9 令和					

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 ()			

事業主欄	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						

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

受付印