

健康保険 被保険者証回収不能届

被保険者情報	記号	1 2 5 0	番号	9 9 9 9	生年月日	年	月	日
	被保険者証の (右づめ)				<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	6	0	0 8 0 2
	氏名	(フリガナ)	ケンボ タロウ					
			健保 太郎					
住所	(〒 350 - 0001)		埼玉	都道府県	川越市〇〇1-1-1			
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 090 (0001) 0001			〇				

回収不能等の対象者	氏名	生年月日	性別	高齢受給者証		被保険者証を返納できない理由	
				交付	返納		
	健保 始	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	22 年 4 月 2 日	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	財布ごと紛失のため
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
備考	警察には届出済み						

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 1 年 5 月 9 日

事業主欄	事業所所在地	(〒 111 - 111)
		埼玉県〇〇市〇〇〇1-23-45
	事業所名称	〇〇〇〇信用金庫
	事業主氏名	理事長 〇〇 〇〇〇
電話	03 (1234) 5678	

※この届は被保険者証を返納できない場合に提出します。

常務理事	事務長	係長	担当者

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄