督促	年　月　日
回収	年　月　日

理事長	常務理事	事務長	担当

健康保険　被保険者証回収不能・滅失届

被保険者証の記号・番号	——		事業所・職場名								
被保険者の氏名・印		印	被保険者の生年月日	昭和 平成		年		月		日	
被保険者の現住所											

		氏	名	生年月日				性別	続柄	保険証を返納できない理由
回収不能等の対象者	被保険者	(氏)	(名)	昭和・平成	年	月	日	男・女	本人	
	被扶養者	(氏)	(名)	昭和・平成	年	月	日	男・女		
	被扶養者	(氏)	(名)	昭和・平成	年	月	日	男・女		
	被扶養者	(氏)	(名)	昭和・平成	年	月	日	男・女		
	被扶養者	(氏)	(名)	昭和・平成	年	月	日	男・女		
被保険者証を滅失した理由										

上記の者について、被保険者証が回収不能であるため届出します。尚、被保険者証を回収したときはただちに返納します。

受付日付印

令和　　年　　月　　日

事業主欄	事業主所在地 事業主名称 事業主氏名 電話	印