

常務理事	担 当	担 当	担 当

健康保険被保険者証回収不能届

被保険者等 記号・番号	—		事業所名		
被保険者氏名			生年月日	昭和 平成	年 月 日
被保険者住所	〒 —				
資 格 取 得 日	昭和 平成 令和	年 月 日	資格喪失日	平成 令和	年 月 日
回収不能の対象者	☐ 被保険者（本人）				
	被扶養者 (家族)	氏 名	続 柄		
回収不能の理由					
被保険者証の返納を 督促した状況	平成 年 月 日 令和				
	平成 年 月 日 令和				
	平成 年 月 日 令和				

上記の通り回収することができませんでしたが、
回収でき次第直ちに返納いたします。

令和 年 月 日

事業主

受

付

印