

常務理事	事務長	統括	担当

健康保険被保険者証 回収不能届 (本人・家族)
 高齢受給者証

記号				被保険者氏名
番号				
住所	〒 連絡先 ()			
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	資格喪失 年 月 日	<input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
被扶養者氏名	(対象者が1名の場合)		<input type="checkbox"/> 被扶養者 名すべて	
返納を督促した状況	年 月 日	電話・文章・その他 ()	応答 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	
	年 月 日	電話・文章・その他 ()	応答 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	
	年 月 日	電話・文章・その他 ()	応答 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	
	年 月 日	電話・文章・その他 ()	応答 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	
	年 月 日	電話・文章・その他 ()	応答 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	

令和 年 月 日提出

上記の通り、督促をしましたが被保険者証等を回収することができませんでしたので、回収不能として届出をします。なお、被保険者証等を回収したときは、直ちに返納いたします。今後は資格喪失者から確実に被保険証等を回収できるよう、周知徹底に努めます。

住所

事業主

TEL ()

印

所属事業所検印		

受付日付印

※万一、回収不能の保険証が不正に使用された場合は、事業所に医療費を請求させていただく場合があります。