

健 保 組 合	常務理事	事務長	担当

健康保険 被保険者証回収不能届

被保険者証 記号番号	記号		番号		事業所名	
被保険者	氏名			男・女	生年月日	昭和・平成 年 月 日
	住所	〒		—	資格喪失 年月日	平成・令和 年 月 日
回収不能となった理由 (詳しく)						
被保険者証の返納を 督促した状況		平成・令和 年 月 日				
		平成・令和 年 月 日				
		平成・令和 年 月 日				

上記のとおり健康保険証等の添付（回収）ができませんのでお届けします。なお、今後被保険者証等の回収不能のないように注意すると共に今回の回収不能の被保険者証等によって保険給付事故発生の場合は、事業主において解決の責任を負います。

令和 年 月 日提出

事業所所在地
事業所名称
代表者名
電 話