

常務理事	事務長	担当
令和	年	月 日 決済

健康保険 被保険者証回収不能届

*この届出は被保険者が被保険者証を返納せず回収できないときに提出する書類です。

被保険者証の 記号と番号 (左づめ)	記号 1 0	番号 1 1 1 1 1 1 1	生年月日 年 月 日 昭和 平成	0 1 0 1 0 1
被保険者氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎			
督促先の住所	(〒 1 1 1 - 1 1 1 1) 東京都渋谷区恵比寿 〇-〇-〇			
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 0 3 (0 0) 0 0 0	携帯電話	0 9 0 - 0 0 0 - 0 0 0 0	

回収不能となった 被保険者・被扶養者 の氏名	健保 太郎	健保 二郎
	健保 花子	
	健保 一郎	
回答不能理由 * 該当番号を○で 囲んでください	1. 3回以上督促するも、返納に応じないため 2. その他の理由(詳細を記入してください) 例:退職時に誤って本人が廃棄 等 ()	
被保険者証を督 促した記録につい て、ご記入ください	1回目 令和 30年 5月 7E	電話 ・ メール ・ 文書 ・ 口頭 その他()
	2回目 令和 30年 6月 12E	電話 ・ メール ・ 文書 ・ 口頭 その他()
	3回目 令和 30年 8月 20E	電話 ・ メール ・ 文書 ・ 口頭 その他()

令和 年 月 日

うえのとおり被保険者証を回収することができません。

事業所所在地 (〒 —)

事業所名称

事業主氏名 (印)

電 話 ()

受付日付印