

常務理事	事務長			係

## 健康保険被保険者証回収不能届

被保険者証	記号		フリガナ		
	番号		被保険者氏名		
生年月日	昭和	年	月	日	扶養家族の有無 有 ・ 無
被保険者証の資格	取得年月日 昭和 平成	年	月	日	喪失年月日 平成
回収不能者氏名			続柄		生年月日 昭和 平成
回収不能者の住所 (知り得た最後の住所)	〒 ( )				
被保険者証の返納を 督促した状況  (年月日・方法・結果)					
<p>上記の通り、被保険者証の回収をはかりましたが _____ に より回収できませんのでここに届けます。</p> <p>また、回収不能被保険者証が原因で貴組合に損害を与えたときは、その賠償の責に 任じます。</p> <p style="text-align: right;">平成 年 月 日</p> <p>所在地 事業所 名称 事業主名</p> <p style="text-align: right;">印</p>					

/ 受付日付印 \