

健康保険被保険者証回収不能・減失届

①被保険者証 記号－番号	② 被保険者の氏名	③ 生年月日	④性別	⑤ 資格取得年月日
—		昭平令 年 月 日	1 男 2 女	昭平令 年 月 日
⑥ 被保険者の住所		⑦ 備考		⑧ 資格喪失年月日
				令 年 月 日

回収不能・減失の対象者	⑨ 氏 名		⑩ 生年月日			⑪性別	⑫続柄	⑬ 被保険者証を回収できない理由	⑭ 被扶養者不該当年月日		
	被 保 険 者			昭平令 年 月 日	1 男 2 女	本人		/			
被 扶 養 者			昭平令 年 月 日	1 男 2 女			令	年	月	日	
			昭平令 年 月 日	1 男 2 女			令	年	月	日	
			昭平令 年 月 日	1 男 2 女			令	年	月	日	

令和 年 月 日 提出

上記の者について、被保険者証が回収不能であるため届出します。なお、被保険者証を回収したときは、ただちに返納します。

受 付 印

〒 —

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電話番号 () —