

健康保険被保険者証回収不能届

被保険者証	記号			被保険者氏名	性別	<input type="checkbox"/> 男	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	年	月	日		
	番号				<input type="checkbox"/> 女									
被保険者の現住所又は喪失時の住所		〒 _____ TEL _____												
解退職の事由		<input type="checkbox"/> 任意 <input type="checkbox"/> 解雇 <input type="checkbox"/> 失踪 <input type="checkbox"/> 定年 <input type="checkbox"/> その他 (_____)												
被保険者証を返納できない者	氏名									性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	続柄	
		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	事由	<input type="checkbox"/> 喪失	<input type="checkbox"/> 削除	令和	年	月	日
	氏名									性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	続柄	
		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	事由	<input type="checkbox"/> 喪失	<input type="checkbox"/> 削除	令和	年	月	日
氏名									性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	続柄		
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	事由	<input type="checkbox"/> 喪失	<input type="checkbox"/> 削除	令和	年	月	日	
氏名									性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	続柄		
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	事由	<input type="checkbox"/> 喪失	<input type="checkbox"/> 削除	令和	年	月	日	
被保険者の近況														
返納できなかった者の傷病状態		<input type="checkbox"/> 傷病がないと認められる <input type="checkbox"/> 傷病があると認められる												
被保険者証返納方の督促状況		令和	年	月	日	督促状況								
		令和	年	月	日									
		令和	年	月	日									
		令和	年	月	日									

上記のとおり被保険者証を回収することができません。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受 付 印

事業所所在地	〒 _____
事業所名称	TEL _____
事業主氏名	