

### 健康保険被保険者証回収不能届

被保険者証番号 番号(氏名コード)	被保険者氏名	所 属
被保険者の住所	生年月日 S・H 年 月 日	資格喪失日 H・R 年 月 日
届けの対象となる証 (該当する番号に○を付け、 被扶養者の場合は、 対象者を記入下さい。)	1. 本人 2. 被扶養者 (対象者: )	
被保険者の状況		
被保険者証の回収を 督促した状況  ※督促状況の詳細を 年月日の右に 記入してください	H・R 年 月 日	
	H・R 年 月 日	
	H・R 年 月 日	
	H・R 年 月 日	

事業主の 証明欄	上記の通り保険証を回収することができませんでした	
	令和 年 月 日	事業所所在地
		事業所名称
		事業主氏名
		担当者印

常務理事	事務長	課長	係長	担当

標準報酬月額	
千円	
入力日	
チェック	

健保受付印

事業主受付印