健康保険被保険者証等回収不能届

② 健康保険被保険者等 ② 被 保 隊 記 号 番 号	食者の氏名 ③	生 年 月 日 ④	性別 ⑤ 資格喪失年月日	
(氏)	(名) 昭•平•令	年月月月	野・女 平成 年 月 日	
⑥ 被保険者の現在所				
TEL () —				
⑦氏 名	8 生年月日 被保険者 5	高齢	⑨返納できない理由をご記入ください	
(氏) (名)	昭 平 月 日 🗌		・(滅失)紛失したため ・(その他)退職等により対象者と連絡がとれないため ・(その他)その他()	
(氏) (名)	昭 年 月 日 🗌		・(滅失)紛失したため ・(その他)退職等により対象者と連絡がとれないため ・(その他)その他()	
(氏) (名)	昭平 年 月 日 🗆		・(滅失)紛失したため ・(その他)退職等により対象者と連絡がとれないため ・(その他)その他()	
(氏) (名)	昭 年 月 日 🗌		・(滅失)紛失したため ・(その他)退職等により対象者と連絡がとれないため ・(その他)その他()	
(氏) (名)	昭 年 月 日 🗌		・(滅失)紛失したため ・(その他)退職等により対象者と連絡がとれないため ・(その他)その他()	
上記のとおり健康保険者証等を返納することができませんのでお届けします。なお、被保険者証等を回収したときは、ただちに返納します。 年 月 日提出				
			受付日付印	
名 称 事 業 主 氏 名				

【注意事項】

1. この届書は「被保険者資格喪失届」または「被扶養者(異動)届」に被保険者証等を添付して返納することができない場合に提出するものです。

名古屋薬業健康保険組合 R6.12