

健康保険各種証回収不能届

常務理事	事務長	課長	係長	係

① 健康保険被保険者等 記号 番号		② 被保険者の氏名		③ 生年月日			④性別	⑤ 資格喪失年月日				
		(氏)	(名)	昭・平・令	年	月	日	男・女	平成 令和	年	月	日
⑥ 被保険者の現在所 〒												
TEL ()												

減失または回収不能の対象者	⑦氏名	⑧ 生年月日	資格 確認書	高齢 受給者証	限度額適用 認定証	特定疾病 療養受領証	⑨返納できない理由をご記入ください
	(氏) (名)	昭 平 令 年 月 日	☐	☐	☐	☐	・(減失)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 令 年 月 日	☐	☐	☐	☐	・(減失)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 令 年 月 日	☐	☐	☐	☐	・(減失)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 令 年 月 日	☐	☐	☐	☐	・(減失)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()

上記のとおり対象の証を返納することができませんのでお届けします。なお、対象の証を回収したときは、ただちに返納します。

所在地	〒
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	()

年 月 日 提出

受付日付印

【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」に資格確認書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