

健康保険

被保険者証 高年齢受給者証 回収不能届

| | | | | |
|------|----|----|----|---|
| 常務理事 | 部長 | 課長 | 係長 | 係 |
| | | | | |

督促日 (健保使用) 令和 年 月 日

| | | | | | | |
|--------|------------------|--------------------|--------------------|---------------|---|---|
| 被保険者情報 | 被保険者証の (左づめ) | 記号 [][][][] | 番号 [][][][] | 生年月日 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 昭和 [][][][][] | <input type="checkbox"/> 平成 [][][][][] |
| | 氏名 | (フリガナ) | | | | |
| | 住所 | (〒 —) | | | | |
| | 電話番号 (日中の連絡先) | TEL () | 携帯電話 | - | - | |

| 氏名 | 続柄 | 生年月日 | 性別 | 高年齢受給者証 | | 返納できない理由 |
|----|----|---|--|--|--|----------|
| | | | | 交付 | 返納 | |
| | | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | |
| | | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | |
| | | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | |
| | | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | |
| 備考 | | | | | | |

上記の者について、被保険者証(高年齢受給者証)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。

令和 年 月 日

| | | |
|------|--------|--------|
| 事業主欄 | 事業所所在地 | (〒 —) |
| | 事業所名称 | |
| | 事業主氏名 | |
| | 電話番号 | () |

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

受付日付印

※この届は被保険者証を返納できない場合に提出します。
※回収不能対象者には、後日、被保険者あてに「健康保険被保険者証の無効のお知らせ」を送付します。