

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	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の (左づめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	昭和	<input type="text"/>
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	平成	<input type="text"/>
	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。