

## 健康保険 被保険者証等 添付(回収)不能届

常務理事	部長	部長	課長代理	主任	係員

被保険者証等	記号 番号	被保険者氏名	生年月日	昭・平・令 年 月 日
現住所	〒 _____ Tel ( _____ ) _____			

申請の対象となる者	氏名	生年月日	続柄	資格喪失・削除年月日	添付できない証	添付できない理由(いつ、どこで紛失したか等、詳しく記入してください)	
			昭・平・令 年 月 日		昭・平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証	
			昭・平・令 年 月 日		昭・平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証	
			昭・平・令 年 月 日		昭・平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証	
			昭・平・令 年 月 日		昭・平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証	
			昭・平・令 年 月 日		昭・平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証	

上記のとおり健康保険者証等の添付(回収)ができませんでしたのでお届けします。なお回収したときは、直ちに返納します。 令和 年 月 日

事業主の証明	事業所所在地	〒 _____		
	事業所名称			
	事業主氏名			
	電話	( _____ ) _____		

受付日付印