

被 保 険 者 情 報	記号	番号	生年月日		
	被保険者証の	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	氏名	(フリガナ)			
住所	(〒 - )	都道 府県			
電話番号 (日中の連絡先)	( )				

回 収 不 能 等 の 対 象 者	氏名	生年月日	性別	高齢受給者証		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"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他 ( )
		<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"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他 ( )
		<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"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他 ( )
		<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"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他 ( )

上記の者について、被保険者証（高齢受給者証）が回収不能であるため届出します。

令和 年 月 日

なお、被保険者証を回収したときは、ただちに返納します。

事 業 主 欄	事業所所在地 (〒 - )	・任意継続保険者（※）の方は 事業主欄の記入は不要です。  ※退職後引き続き任意継続健康保険に 加入されている方
	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	

常務理事	事務長			