

## 健康保険

被保険者証  
資格確認書

## 回収不能届

事業所記号			被保険者 氏名										
被保険者 整理番号				性別	<input type="radio"/> 男	<input type="radio"/> 女	生年 月日	<input type="radio"/> 昭和	<input type="radio"/> 平成	年	月	日	
被保険者 の現住所又は 喪失時の住所	〒 - TEL - - -												
解退職の事由	<input type="radio"/> 任意 <input type="radio"/> 解雇 <input type="radio"/> 失踪 <input type="radio"/> 定年 <input type="radio"/> その他 [ ]												
被保険者証を返納 できない者	氏名								性別	<input type="radio"/> 男	<input type="radio"/> 女	続柄	
	生月 年日	<input type="radio"/> 昭和	<input type="radio"/> 平成	年	月	日	事由	<input type="radio"/> 喪失	令和	年	月	日	
	○令和								○削除				
	氏名								性別	<input type="radio"/> 男	<input type="radio"/> 女	続柄	
	生月 年日	<input type="radio"/> 昭和	<input type="radio"/> 平成	年	月	日	事由	<input type="radio"/> 喪失	令和	年	月	日	
	○令和								○削除				
氏名								性別	<input type="radio"/> 男	<input type="radio"/> 女	続柄		
生月 年日	<input type="radio"/> 昭和	<input type="radio"/> 平成	年	月	日	事由	<input type="radio"/> 喪失	令和	年	月	日		
○令和								○削除					
氏名								性別	<input type="radio"/> 男	<input type="radio"/> 女	続柄		
生月 年日	<input type="radio"/> 昭和	<input type="radio"/> 平成	年	月	日	事由	<input type="radio"/> 喪失	令和	年	月	日		
○令和								○削除					
被保険者 の近況													
返納できな かった者の 傷病状態	<input type="radio"/> 傷病がないと認められる						<input type="radio"/> 傷病があると認められる						
被保険者証 返納方の 督励状況	令和 年 月 日				督 励 状 況								
	令和 年 月 日												
	令和 年 月 日												
	令和 年 月 日												

上記のとおり被保険者証を回収することができません。

令和 年 月 日

受付印

事業所 所在地	〒 - TEL - - -	
事業所名称		
事業主氏名		