

健康保険被保険者証 回収不能届

決 裁 日 付 印	常務理事	事務局長	部 長	課 長	係 長	扱 者

被保険者証の記号	被保険者証の番号	被 保 険 者 の 氏 名		性 別	資 格 取 得 年 月 日	資 格 喪 失 年 月 日	
(右 詰 め)	(右 詰 め)	(氏)	(名)	男・女	昭和 平成 令和 年 月 日	平成 令和 年 月 日	
回 収 不 能 の 対 象 者		氏 名		生 年 月 日	性 別	続 柄	備 考
	被保険者			昭和 平成 令和 年 月 日	男・女	本 人	
	被扶養者			昭和 平成 令和 年 月 日	男・女		
	被扶養者			昭和 平成 令和 年 月 日	男・女		
	被扶養者			昭和 平成 令和 年 月 日	男・女		

返 納 で き な い 理 由			
	督促した年月日	督促の方法や内容、結果 (具体的にご記入ください)	督促をした担当者名
1回目	年 月 日		
2回目	年 月 日		
3回目	年 月 日		

電設工業健康保険組合

上記のとおり健康保険被保険者証を回収することができません。
 年 月 日

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名 ⑩

電話番号

※ 被保険者の所在不明のため回収ができない、または再三の返納督促にもかかわらず被保険者証が返納されない場合に、こちらを届出ください。

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者印

⑩