

常務理事	事務長	担当者

健康保険被保険者証回収不能届

被保険者証				被保険者の氏名 性別・生年月日				
記号		番号			男・女	昭・平	年	月
被保険者の住所		〒 - 電話番号 () -						
資格取得年月日		昭・平・令 年 月 日			資格喪失年月日		令和 年 月 日	
回収不能の対象者	氏 名			続柄	被保険者証を返納できない理由			
	被保険者	(氏)	(名)					
	被扶養者	(氏)	(名)					
	被扶養者	(氏)	(名)					
	被扶養者	(氏)	(名)					
	被扶養者	(氏)	(名)					
	被扶養者	(氏)	(名)					
被保険者証の返納を 督促した月日 及び方法		督促年月日			督促方法	状況		
		令和 年 月 日						
		令和 年 月 日						
		令和 年 月 日						
事業主欄	<p>上記の被保険者の資格喪失にあたり被保険者に証の返納を求めましたが、上記理由のため返納できません。 なお、被保険者証が回収できた時は、ただちに返納いたします。</p>							
	令和 年 月 日							
	事業所所在地							
	事業所名称							
	事業主氏名							
	電話番号							
みづほ健康保険組合 理事長 様								
<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> 受付日付印								