

常務理事	事務長		扱 者

健康保険 資格確認書・限度額適用認定証・高齢受給者証 回収不能・滅失届

被保険者証の記号・番号		記号	番号	または	個人番号									
被保険者氏名		被保険者(被扶養者)住所												
回収不能等の対象者	氏名		生年月日			性別	続柄	回収不能等の対象となる証			返納できない理由			
		(氏)	(名)	<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 男	本人	<input type="checkbox"/> 資格確認書	<input type="checkbox"/> 限度額認定証	<input type="checkbox"/> 高齢受給者証		
	被保険者			<input type="checkbox"/> 平成				<input type="checkbox"/> 女						
	被扶養者	(氏)	(名)	<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 男						
				<input type="checkbox"/> 平成				<input type="checkbox"/> 女						
				<input type="checkbox"/> 令和										
被扶養者	(氏)	(名)	<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 男							
			<input type="checkbox"/> 平成				<input type="checkbox"/> 女							
			<input type="checkbox"/> 令和											
被扶養者	(氏)	(名)	<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 男							
			<input type="checkbox"/> 平成				<input type="checkbox"/> 女							
			<input type="checkbox"/> 令和											
被扶養者	(氏)	(名)	<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 男							
			<input type="checkbox"/> 平成				<input type="checkbox"/> 女							
			<input type="checkbox"/> 令和											

上記の者について、資格確認書・限度額適用認定証・高齢受給者証が回収不能であるため届出します。尚、回収したときは、ただちに返納します。
 (※この届は、資格確認書・限度額適用認定証・高齢受給者証を返納できない場合に提出します。)

事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話番号	受付印
--	-----