

※督促	年 月 日
※回収	年 月 日

常務理事	局長	部長	課長	係長	主任	係員

健康保険被保険者証回収不能・紛失届

◎この届は被保険者証を返納できない場合に提出します。
◎事業主の押印については、署名(自筆)の場合は省略できます。

被保険者証の記号・番号		記号	番号				被保険者の資格を喪失した日		年	月	日			
被保険者であった者の氏名・住所		氏名	住所											
被扶養者番号	氏名	氏名	生年月日				性別	続柄	高齢受給者証		被保険者証を返納できない理由			
			交付	返納										
0	0	被保険者	(氏)	(名)	昭5					男 1.	本人	有	有	
		被扶養者	(氏)	(名)	昭5					女 2.		無	無	
		被扶養者	(氏)	(名)	昭5					女 2.		無	無	
		被扶養者	(氏)	(名)	昭5					男 1.		有	有	
		被扶養者	(氏)	(名)	昭5					女 2.		無	無	
		被扶養者	(氏)	(名)	昭5					男 1.		有	有	

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。なお、被保険者証を回収したときは、ただちに返納します。

平成 年 月 日提出

受付日付印

事業所所在地	〒	—
事業所名称		
事業主氏名		(印)
電話	(局)	番

社会保険労務士の提出代行者印	
	(印)

東京実業健康保険組合