

(事業主用) 健康保険被保険者証回収不能届

九電工健康保険組合 理事長 殿

提出日 令和 年 月 日

被保険者情報			
被保険者証		被保険者氏名	生年月日
記号	番号		
			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日

回収不能対象者			
氏名	性別	生年月日	理由
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	

上記の者について、被保険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、直ちに返納します。

事業主 所在地 名称 氏名	事業所担当者名 署名または押印
	社会保険労務士 確認欄

健康保険組合			健保組合 受付印
常務理事	事務長	担当	