|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 常務理事 | 事務長 | 係 | 被保険者証の返納があったときはその年月日 | 　　 年　　月　　日 |  |
|  |  |  |

健康保険　被保険者証回収不能届

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者等記号番号 | 　　　　　　　　－ | 事業所名 |  |  |
| 被保険者氏名 |  | 生年月日 | 昭・平・令　　年　　　　月　　　　日生 |
| 被保険者の現住所または最後の住所 |  |
| 被保険者の資格を取得した日 | 昭・平・令　　年　　月　　日 | 被保険者の資格を喪失した日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 対象者 | （氏名） | （続柄） | （回収不能の理由） |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 保険証の返納を督促した状況 | 　　　　　年　　　月　　　日　　　／応答　　有・無 |
| 　　　　　年　　　月　　　日　　　／応答　　有・無 |
| 　　　　　年　　　月　　　日　　　／応答　　有・無 |
| 　　　　　年　　　月　　　日　　　／応答　　有・無 |
| 上記のとおり被保険者証を回収することができず、返納できないため届出いたします。事業所所在地事業所名称事業主の氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　　　　年　　　月　　　日事業所所在地事業所名称事業主の氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

レンゴー健康保険組合