|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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