

常務理事	事務長	部 長	課 長		担当者

健康保険 資格確認書 被保険者証 限度額適用認定証 高齢受給者証 回収不能届

被保険者等 記 号					
※ 該当する□に✓を記入してください。					
被保険者等 番 号	被保険者氏名	※対象者 区 分	対象者氏名	※証区分	※回収できない理由
	被保険者の住所・連絡先				
		☐ 本人 ☐ 家族		☐ 資 格 確 認 書 ☐ 被 保 険 者 証 ☐ 限度額適用認定証 ☐ 高齢受給者証	☐ 紛失 ☐ その他
	〒 電話 ()				
		☐ 本人 ☐ 家族		☐ 資 格 確 認 書 ☐ 被 保 険 者 証 ☐ 限度額適用認定証 ☐ 高齢受給者証	☐ 紛失 ☐ その他
	〒 電話 ()				
		☐ 本人 ☐ 家族		☐ 資 格 確 認 書 ☐ 被 保 険 者 証 ☐ 限度額適用認定証 ☐ 高齢受給者証	☐ 紛失 ☐ その他
	〒 電話 ()				
		☐ 本人 ☐ 家族		☐ 資 格 確 認 書 ☐ 被 保 険 者 証 ☐ 限度額適用認定証 ☐ 高齢受給者証	☐ 紛失 ☐ その他
	〒 電話 ()				
		☐ 本人 ☐ 家族		☐ 資 格 確 認 書 ☐ 被 保 険 者 証 ☐ 限度額適用認定証 ☐ 高齢受給者証	☐ 紛失 ☐ その他
	〒 電話 ()				

上記のとおり回収することができませんのでお届けします。なお、今後回収不能のないよう注意するとともに、万一、保険事故が発生した場合は、その解決に努めます。

令和 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	