

※督促	年 月 日
※回収	年 月 日

理事長	常務理事	事務長		係員

健康保険被保険者証回収不能・滅失届

◎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 (退職日の翌日)		年	月	日				
被保険者であった者の氏名・住所		氏名	住所									
回収不能等の対象者	被扶養者番号	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	
		(氏)	(名)	昭5 平7 令9	年	月	日	男女 1. 2.	本人	交付 有・無		返納 有・無
	00	被保険者										
		被扶養者										
		被扶養者										
		被扶養者										
		被扶養者										

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。

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	⑩
電話番号	(局) 番

社会保険労務士の提出代行者印	
	⑩

サザビーリーグ健康保険組合