

常務理事	事務長	課長	合議	係

## 健康保険 証関係 回収不能届

① 記号・番号		② 被保険者氏名		③ 生年月日			④ 性別	
		(氏) (名)		5. 昭 7. 平 9. 令	年	月	日 1. 男 2. 女	
⑤ 資格取得年月日		⑥ 資格喪失年月日		⑦ 被保険者住所				
5. 昭 7. 平 9. 令	年	月	日	9. 令	年	月	日	
				〒 - 電話番号 ( )				
⑧ 回収不能者の氏名		⑨ 生年月日		⑩ 続柄	⑪ 回収できない証 (該当するものに✓をつけてください)	⑫ 回収できない理由		
(氏)	(名)	5. 昭 7. 平 9. 令	年	月	日			
(氏)	(名)	5. 昭 7. 平 9. 令	年	月	日			
(氏)	(名)	5. 昭 7. 平 9. 令	年	月	日			
(氏)	(名)	5. 昭 7. 平 9. 令	年	月	日			
⑬ 事業主の証明欄	<p>上記のとおり、回収不能であるため届出します。</p> <p>なお、回収したときは直ちに返納します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">事業所所在地</p> <p style="text-align: right;">事業所名称</p> <p style="text-align: right;">滋賀県農協健康保険組合理事長 様</p> <p style="text-align: right;">事業主氏名</p>							

※この届出書は、被保険者の所在不明により被保険者証等の回収ができないため、また再三の返納督促にもかかわらず被保険者証等を返納しないため「被保険者資格喪失届」に被保険者証等を添付して返納することができない場合に、「被保険者資格喪失届」に添付して提出するものです。

確認決定印

受付印