

督促した日付	年 月 日
回収した日付	年 月 日

常務理事	事務長	担当者	担当者

北越コーポレーション健康保険組合 御中 **14** 健康保険 被保険者証等 回収不能届

被保険者の記号・番号	記号	番号	住所
被保険者であった者の氏名	氏名		電話番号

回収不能の交付書類・対象者	回収不能の交付書類	対象者氏名		生年月日			続柄	返納できない理由
	<ul style="list-style-type: none"> <li>被保険者(被扶養者)証</li> <li>資格確認書</li> <li>高齢受給者証</li> <li>特定疾病療養受療証</li> <li>限度額適用認定証</li> </ul>	(氏)	(名)	S	年	月	日	
<ul style="list-style-type: none"> <li>被保険者(被扶養者)証</li> <li>資格確認書</li> <li>高齢受給者証</li> <li>特定疾病療養受療証</li> <li>限度額適用認定証</li> </ul>	(氏)	(名)	S	年	月	日		
<ul style="list-style-type: none"> <li>被保険者(被扶養者)証</li> <li>資格確認書</li> <li>高齢受給者証</li> <li>特定疾病療養受療証</li> <li>限度額適用認定証</li> </ul>	(氏)	(名)	S	年	月	日		
<ul style="list-style-type: none"> <li>被保険者(被扶養者)証</li> <li>資格確認書</li> <li>高齢受給者証</li> <li>特定疾病療養受療証</li> <li>限度額適用認定証</li> </ul>	(氏)	(名)	S	年	月	日		
<ul style="list-style-type: none"> <li>被保険者(被扶養者)証</li> <li>資格確認書</li> <li>高齢受給者証</li> <li>特定疾病療養受療証</li> <li>限度額適用認定証</li> </ul>	(氏)	(名)	S	年	月	日		

上記の者について、被保険者証等が回収不能であるため届出します。なお、回収したときは、ただちに返納します。

令和 年 月 日

事業所所在地  
事業所名称  
事業主氏名

受付印

※1 この届は被保険者証等を返納できない場合に提出します。