

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	●●県●●市●●町 ●-●-●
被保険者であった者の氏名	氏名	北越 太郎			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	
	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者(被扶養者)証 ・資格確認書 ・高齢受給者証 ・特定疾病療養受療証 ・限度額適用認定証	(氏) ホクエツ	(名) タロウ	<input checked="" type="checkbox"/> S	年	月	日	本人	本人と連絡がつかないため
		北越	太郎	H	●	●	●		
	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者(被扶養者)証 ・資格確認書 ・高齢受給者証 ・特定疾病療養受療証 ・限度額適用認定証	(氏) ホクエツ	(名) ハナコ	S	年	月	日	妻	同上
		北越	花子	<input checked="" type="checkbox"/> H	●	●	●		
<input type="checkbox"/> 被保険者(被扶養者)証 ・資格確認書 ・高齢受給者証 ・特定疾病療養受療証 ・限度額適用認定証	(氏)	(名)	S	年	月	日			
			H						
<input type="checkbox"/> 被保険者(被扶養者)証 ・資格確認書 ・高齢受給者証 ・特定疾病療養受療証 ・限度額適用認定証	(氏)	(名)	S	年	月	日			
			H						
<input type="checkbox"/> 被保険者(被扶養者)証 ・資格確認書 ・高齢受給者証 ・特定疾病療養受療証 ・限度額適用認定証	(氏)	(名)	S	年	月	日			
			H						

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。