

健康保険被保険者証回収不能届

記号・番号 () — ()

氏 名

住 所

電話番号 () — —

上記の者は、次の理由により被保険者証が回収できないためご報告いたします。

◎未回収の者(○で囲んで下さい)

本人・妻・子(続柄 . . .)・その他()

◎回収不能の理由(詳細)

紛失・棄損・その他 ()

◎回収不能の証(○で囲んで下さい)

被保険者証 ・ 高齢受給者証 ・ 限度額適用認定証

なお、今後も回収に努め、回収次第返納することを誓約いたします。

令和 年 月 日

事業所の所在地

事業所の名称

事業主氏名

宮城県自動車販売健康保険組合理事長 殿