

健康保険被保険者証 回収不能届

常務理事	事務長	係員

記号	番号	被保険者の氏名	生年月日			性別	資格喪失（不該当）年月日				
			昭 平	年	月	日	男 女	平	年	月	日

被保険者の住所	〒 ー										
---------	-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

回収できない保険証の該当者	氏名		生年月日			性別	続柄	被保険者証を返納できない理由
	氏	名	昭 平	年	月	日	男 女	本人
氏	名	昭 平	年	月	日	男 女		
氏	名	昭 平	年	月	日	男 女		
氏	名	昭 平	年	月	日	男 女		
氏	名	昭 平	年	月	日	男 女		
氏	名	昭 平	年	月	日	男 女		

現在まで回収に努めた状況	回収できない具体的な理由	今後の対策
--------------	--------------	-------

上記のとおりお届けします。なお、回収については今後も努力して、回収した場合は直ちに返納します。

平成 年 月 日

ウラベ健康保険組合 理事長 殿

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名



督促状況		【注意事項】この届書は、以下の場合に提出するものです。
1回目	平成 年 月 日	<ul style="list-style-type: none"> 被保険者証を滅失したため、「被保険者資格喪失届」に添付して返納することができない。 被扶養者を削除するために「被扶養者（異動）届」を提出する際、被保険者証（被扶養者分）を添付して返納することができない。
2回目	平成 年 月 日	
3回目	平成 年 月 日	