

届書コード
2 4 F

常務理事	事務局長	部長	課長	扱者	

健康保険被保険者証 回収不能届

被保険者証の記号	被保険者証の番号	被保険者の氏名		性別	資格取得年月日		資格喪失年月日	
		(氏)	(名)	男・女	昭和 平成 令和	年 月 日	平成 令和	年 月 日
回収不能の対象者		氏 名		生 年 月 日		性別	続 柄	備 考
	被保険者			昭和 平成 令和	年 月 日	男・女	本人	
	被扶養者			昭和 平成 令和	年 月 日	男・女		
	被扶養者			昭和 平成 令和	年 月 日	男・女		
	被扶養者			昭和 平成 令和	年 月 日	男・女		

返納できない理由

	督促した年月日	督促の方法や内容、結果（具体的にご記入ください）
1回目	年 月 日	
2回目	年 月 日	
3回目	年 月 日	

管工業健康保険組合

上記のとおり健康保険被保険者証を回収することができません。

令和 年 月 日

受付日付印

事業所所在地
事業所名称
事業主氏名
電話番号

印

社会保険労務士記載欄

氏名等

印

◎事業主の押印については、署名(自筆)の場合は不要です。