

秘密

健康保険被保険者証 回収不能届

(被保険者証を返せないとき)

被保険者証の記号・番号	記号	2312	番号	38	被保険者氏名	健保 あおい	
最近の連絡先	住所	〒 231 - 0015 横浜市中区尾上町〇〇-××					
回収不能の対象者	氏名	生年月日	性別	続柄	高齢受給者証 交付 返納	督促方法	被保険者証を回収できない理由
	(氏) 健保 あおい	(名) あおい 昭和 平成 令和 5 0 0 4 0 1	男・女 男	本人	有・無 有	文書督促 2 回 電話督促 5 回 その他 (自宅に訪問)	手紙や電話にて何度も催促したが、一向に連絡がない 電話番号 045 (641) 3400
	(氏) 健保 あか	(名) あか 昭和 平成 令和 4 9 0 4 0 1	男・女 女	妻	有・無 無	文書督促 回 電話督促 回 その他 ()	同上 電話番号 ()
	(氏) 健保 きいろ	(名) きいろ 昭和 平成 令和 0 3 0 4 0 1	男・女 女	子	有・無 無	文書督促 回 電話督促 回 その他 ()	同上 電話番号 ()
	(氏)	(名)	昭和 平成 令和	男・女		有・無	文書督促 回 電話督促 回 その他 ()
(氏)	(名)	昭和 平成 令和	男・女		有・無	文書督促 回 電話督促 回 その他 ()	()

必ず記載してください。

上記の者について、被保険者証(高齢受給者証)が回収不能である為届出します。尚、被保険者証(高齢受給者証)を回収した時は、直ちに返納します。

年 月 日 提出

神奈川県医療従事者健康保険組合 殿

受付日付印

事業所所在地 **〒000-0000 横浜市〇〇区〇〇町**

事業所名称 **〇〇 病院**

事業主氏名 **〇〇 〇〇**

電話番号 **〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇**

社 会 保 険 労 務 士 記 載 欄

⑩