

**健康保険被保険者証
高 齢 受 給 者 証** 回収不能届出書

※該当しない項目は＝線で消してください

※被保険者の所在が不明であるときは、返戻されたはがき又は封筒の写などをこの届出書に添付してください。

被 保 険 者 証 記 号 ・ 番 号	○○○ - ○○○○	被 保 険 者 の 氏 名	健 保 太 郎	
被 保 険 者 住 所	〒○○○-○○○○ 埼玉県さいたま市○○区○○町○-○○-○○		Tel ○○○-○○○-○○○○	
資 格 喪 失 日 又 は 削 除 年 月 日	令和 ○ 年 ○○ 月 ○○ 日			
回 収 不 能 の 理 由	紛失の為			
回収不能となった者の 氏名と傷病状況 * 被保険者証・高 齢受給者証、傷病 状況について、該 当する箇所を○で 囲んで下さい。	回 収 不 能 者 の 氏 名		傷 病 状 況	
	1	健 保 花 子 (保・高)	傷病あり・ 傷病なし ・不明	
	2	(保・高)	傷病あり・傷病なし・不明	
	3	(保・高)	傷病あり・傷病なし・不明	
	4	(保・高)	傷病あり・傷病なし・不明	
	5	(保・高)	傷病あり・傷病なし・不明	
	6	(保・高)	傷病あり・傷病なし・不明	
	7	(保・高)	傷病あり・傷病なし・不明	
	8	(保・高)	傷病あり・傷病なし・不明	
事業主が被保険者 証・高 齢 受 給 者 証 の 返 納 を 督 促 し た 状 況	督 促 年 月 日	被 保 険 者 証 返 納 督 促 方 法		督 促 担 当 者 名
	年 月 日	文書・ 口頭 ・電話・メール	応答/ 有 ・無	
	年 月 日	文書・口頭・ 電話 ・メール	応答/ 有 ・ 無	
年 月 日	文書 ・口頭・電話・メール	応答/ 有 ・ 無		
埼玉機械工業健康保険組合理事長 殿 上記の(被保険者証・ 高 齢 受 給 者 証)の回収につきましては再三再四督促をしてきましたが、 回収することができませんのでお届けします。 今後、回収不能が無いように注意すると共に、今回の回収不能による保険給付事故の無いよう 被保険者の情報提供に協力いたします。				
健康保険証の回収と返納については、事業主に義務が課せられています。 (健康保険法施行規則第51条)				
年 月 日				
事業所所在地		埼玉県さいたま市大宮区桜木町○-○○○-○		
事業所名		株式会社 埼玉工業		
事業主名		代表取締役 埼玉 一郎		