

# 健康保険被保険者証回収不能届

健康保険被保険者の		被保険者氏名	対象者区分	家族に○をされた場合 該当被扶養者氏名	該当する項目を○で囲み、健康保険被保険者証を「喪失届」又は「被扶養者(異動)届」に添えて返納できない理由を記入してください。	
記号	番号				資格喪失または被扶養者でなくなった年月日	被保険者の住所または連絡先
			本人 ・ 家族		減失・その他	(理由)
				令和 年 月 日	〒 - TEL ( )	
			本人 ・ 家族		減失・その他	(理由)
				令和 年 月 日	〒 - TEL ( )	
			本人 ・ 家族		減失・その他	(理由)
				令和 年 月 日	〒 - TEL ( )	
			本人 ・ 家族		減失・その他	(理由)
				令和 年 月 日	〒 - TEL ( )	

上記のとおり健康保険被保険者証を返納することができませんのでお届けします。なお今後健康保険被保険者証の回収不能のないように注意すると共に今回の回収不能の健康保険被保険者証によって保険事故発生の場合は、その解決に努めます。

令和 年 月 日

西日本パッケージング健康保険組合 様

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

※この届書のためにご提供いただきました個人情報は、証の回収状況を個人台帳に登録する目的で利用させていただきます。当該目的以外で利用することはございません。