

常務理事	事務長	課長	係長	担当者

※督促	年	月	日
※回収	年	月	日

健康保険被保険者証回収不能・紛失届

◎「※」印欄は記入しないでください。

被保険者証の記号・番号		記号					番号					
被保険者であった者の氏名・住所		氏名					住所					
※被扶養者番号	氏名	氏名	生年月日				性別	続柄	高齢受給者証		被保険者証を返納できない理由	
			交付	返納								
00	被保険者	(氏) (名)	昭5					男 1. 女 2.	本人	有・無	有・無	
	被扶養者	(氏) (名)	昭5					男 1. 女 2.		有・無	有・無	
	被扶養者	(氏) (名)	昭5					男 1. 女 2.		有・無	有・無	
	被扶養者	(氏) (名)	昭5					男 1. 女 2.		有・無	有・無	
	被扶養者	(氏) (名)	昭5					男 1. 女 2.		有・無	有・無	
	被扶養者	(氏) (名)	昭5					男 1. 女 2.		有・無	有・無	

千葉県建設業健康保険組合

上記の者について、被保険者証(高齢受給者証)が回収不能であるため届出します。なお、被保険者証を回収したときは、ただちに返納します。

令和 年 月 日

事業所所在地

事業所名称

※ この届は被保険者証を返納できない場合に提出します。

事業主氏名

受付印