

## 健康保険 被保険者証(高齢受給者証) 回収不能届

被保険者証 記号・番号	記号	番号	生年月日	S・H 年 月 日生	常務理事	
被保険者名 氏名			性別 男・女	被保険者証 回収不能枚数	枚	
被保険者の 現住所または 居所 電話番号	〒(    )    ) 住所: 電話番号:(    )    ) —				事務長	
被保険者 資格取得 年月日	年 月 日	被保険者 資格喪失 年月日	年 月 日			
回収不能 被扶養者 の状況	被扶養者氏名	生年月日	高齢受給者証			
			交付		返納	
		S・H: 年 月 日	有	無	有	無
		S・H: 年 月 日	有	無	有	無
	S・H: 年 月 日	有	無	有	無	確認者
	S・H: 年 月 日	有	無	有	無	
退職の事由						
返納督促状況 と本人・家族 の傷病の有無 調査報告						担当者
被保険者 証の返納 を督促 した状況	確認年月日:	年 月 日	※回収状況についてご記入ください			
	確認年月日:	年 月 日				
	確認年月日:	年 月 日				同年月日
	確認年月日:	年 月 日				
上記の退社被保険者の被保険者証等の回収について、被保険者より回収することができません ので、回収不能届を提出します。なお、被保険者証等を回収したときは、ただちに返納します。  年 月 日  事業所名称  事業主氏名 <span style="float: right;">印</span>  ※事業主の押印は、自筆署名の場合は省略できます  プルデンシャル健康保険組合 理事長 殿						

受付日付印