

# 健康保険被保険者証回収不能・滅失届

常務理事	事務長	担当

組合名 三井化学健康保険組合
-------------------

被保険者証記号	被保険者証番号	被保険者氏名	被保険者の現住所・連絡先
			〒 電話
回収不能等の対象者	氏名	続柄	生年月日
			昭5 年 月 日 平7 令9
			昭5 年 月 日 平7 令9
			昭5 年 月 日 平7 令9
			昭5 年 月 日 平7 令9
			保険証を返納できない理由

上記の者について、被保険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際は、ただちに返納します。

事業所所在地 事業所名称 事業主氏名	〒  印
--------------------------	------------

受付日付印

※この届は被保険者証を返納できない場合に提出が必要となります。

令和 年 月 日提出

### 記入上の注意

- ①元号は、それぞれ該当のものを○で囲んでください。
- ②年月日は、令和2年1月1日を例とすれ 

0	2	0	1	0	1
---	---	---	---	---	---

 と記入してください。
- ③続柄欄は、被扶養者の場合、例えば長男又は長女と記入してください。