

常務理事	事務長	課長	担当

受付日付印

名古屋木材
健康保険組合

健康保険 被保険者証回収不能届

被 保 険 者 情 報	被保険者証の (左つめ)	記号 <input type="text"/>	番号 <input type="text"/>	生年月日 年 月 日
				<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
	氏名	(フリガナ)		
	住所	(〒 —) <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> 都道 府県 </div>		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()	携帯電話	-	-

※「電話番号(日中の連絡先)」または「携帯電話番号」について必ず記入してください。

回 収 不 能 等 の 対 象 者	氏名	生年月日 年 月 日	性別 男 女	高齢受給者証		被保険者証を返納できない理由
				交付	返納	
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
備考						

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 主 欄	事業所所在地	(〒 —)
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電 話	()

氏名

※この届は被保険者証を返納できない場合に提出します。

社会保険労務士記載欄