

# 健康保険 被保険者証回収不能届

事業主記入用

資格喪失時、保険証が返却できないとき

被保険者情報	被保険者証 の(左づめ)	記号(1か2) <input type="checkbox"/>	番号(保険者番号06270748ではありません) <input type="text"/>	生年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/>
	氏名 (フリガナ)			解退職 の事由

保険証の返却ができない方	回収できない 被保険者証	(該当するものに○をつけてください) 1. 被保険者証 2. 高齢受給者証		資格喪失年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/>
	被保険者証 の返納を督 促した状況	1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____		
	氏名		続柄	生年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/>
	氏名		続柄	生年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/>
	氏名		続柄	生年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/>

事業主 証明欄	上記のとおり被保険者証を回収することができません。 年 月 日		
	事業所所在地		
	事業所名称		
	事業主名	TEL	( )

受付日付印
-------

大阪ガス健康保険組合
------------

※当帳票の内容については、健康保険業務以外の目的には使用しません。