

健康保険

被保険者証 回収不能届

事業主記入用

下記の事由に該当するため、届出します。

申請日 年 月 日

資格喪失時、被保険者証が返却できないとき

被 保 険 者 情 報	被 保 険 者	記号 (1か2)	番号 (06270748ではありません) (右づめ)	記号番号が分からない場合は個人番号 (マイナンバー) を記入してください				
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	氏 名	(フリガナ)			生年月日	年	月	日
					<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 令和	<input type="text"/>
	解 退 職 の 事 由				資格喪失年月日	年	月	日
					令和	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

被 保 険 者 証 の 返 却 が で き な い 方	被 保 険 者 証 の 返 納 を 督 促 し た 状 況	1 _____						
		2 _____						
		3 _____						
		4 _____						
	氏 名	(フリガナ)	続 柄		生年月日	年	月	日
				<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 令和	<input type="text"/>	
氏 名	(フリガナ)	続 柄		生年月日	年	月	日	
				<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 令和	<input type="text"/>	
氏 名	(フリガナ)	続 柄		生年月日	年	月	日	
				<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 令和	<input type="text"/>	
氏 名	(フリガナ)	続 柄		生年月日	年	月	日	
				<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 令和	<input type="text"/>	

事 業 主 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	
	事業主氏名	
	電話番号	

大阪瓦斯健康保険組合

健保受付日付印

※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。