

健康保険証回収不能届

※太枠線内をすべて記入してください。

①保険証		②被保険者氏名		③性別	④被保険者生年月日			
記号	番号			男・女	昭和	平成	令和	
⑤被保険者の現住所 または今後の住所		〒 _____ TEL (_____)						
⑥被保険者の 資格取得日		昭和	平成	令和	⑦被保険者の 資格喪失日			
		年	月	日	令和	年	月	
⑧退職事由								
⑨回収不能の対象者 ※(該当アルファベットに○印)		A 被保険者用			B 被扶養者用			
		※被扶養者用の場合はその家族を記入						
		家族の氏名		生年月日		続柄(長男・長女等)	回収チェック	
				昭和・平成・令和 年 月 日			/	
				昭和・平成・令和 年 月 日			/	
⑩返納できない理由								
⑪保険証の 返納督促状況		令和 年 月 日						
		令和 年 月 日						
		令和 年 月 日						
		令和 年 月 日						

・上記の者について、保険証が回収不能であるため届出ます。なお、保険証を回収したときは、ただちに返納いたします。

受付印

事業所所在地
事業所名称
事業主氏名
届出内容に相違ないことを証明いたします。

※ この届は喪失時に保険証を返納できない場合に提出します。

セブン&アイ・ホールディングス健康保険組合

R1-5

健保記入欄	記入・押印しないでください。	保険証返却日		常務理事	事務長	マネジャー	担当
		令和	年	月	日		