

資格喪失時の健康保険被保険者証回収不能届

常務理事	事務長		担当

データ		/									
被保険者の記号・番号				被保険者氏名				被保険者住所			
記号		番号		(氏)		(名)		印			
退職理由				回収できない理由 返納を督促した状況							
回収 不能 対象 者	No	氏名		生年月日			性別	続柄	現在受診中であるかどうか(ある場合は医療機関の名称、住所)		
	00	(氏)	(名)	明大昭平			男	本人	ある	ない	わからない
							女		名称:	住所:	
	01	(氏)	(名)	明大昭平			男		ある	ない	わからない
							女		名称:	住所:	
	02	(氏)	(名)	明大昭平			男		ある	ない	わからない
						女		名称:	住所:		
03	(氏)	(名)	明大昭平			男		ある	ない	わからない	
						女		名称:	住所:		
04	(氏)	(名)	明大昭平			男		ある	ない	わからない	
						女		名称:	住所:		

上記のとおり、被保険者証が回収不能であるため届出します。被保険者証を回収したときは、ただちに返納します。

平成 年 月 日 事業所所在地
 NDS健康保険組合理事長 殿 事業所名称
 事業主氏名

受付日

印

(注) この届は被保険者証を返納できない場合に提出します。