

# 健康保険資格確認書等回収不能届

常務理事	事務長	課長	係長	係員

健康保険被保険者等記号番号		記号	番号	被保険者氏名			生年月日	昭平	年	月	日
喪失年月日	令和	年	月	日	資格喪失原因	現在の住所					
回収できない者	氏名			生年月日			続柄	回収できない証	資格確認書等を返納できない理由		
	(氏)	(名)		昭平令	年	月	日		<input type="checkbox"/> 資格確認書・保険証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 特定疾病受療証		
	(氏)	(名)		昭平令	年	月	日		<input type="checkbox"/> 資格確認書・保険証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 特定疾病受療証		
	(氏)	(名)		昭平令	年	月	日		<input type="checkbox"/> 資格確認書・保険証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 特定疾病受療証		
	(氏)	(名)		昭平令	年	月	日		<input type="checkbox"/> 資格確認書・保険証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 特定疾病受療証		
	(氏)	(名)		昭平令	年	月	日		<input type="checkbox"/> 資格確認書・保険証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 特定疾病受療証		
上記のとおりお届けします。 なお、回収については今後も努力し、回収した場合は直ちに返納します。 令和 年 月 日 広島東友健康保険組合理事長 殿 事業所所在地 名称 事業主氏名								※ 督促状況 担当者印			
								1回目	年	月	日 ㊟
								2回目	年	月	日 ㊟
								3回目	年	月	日 ㊟
								証返納	年 月 日		年 月 日

(注) ①資格確認書等紛失の場合は被保険者または事業主の始末書を添付すること。  
②回収できない証の口に✓を付してください。(複数選択も可能です。)  
③※の欄は記入しないでください。