

(事業所)

所在地
名称
事業主

事業所記号

常務理事

事務長

業務課長

係

健保事務担当者確認欄

☐

令和 年 月 日 提出

健康保険

被保険者証（資格確認書・高齢受給者証・限度額認定証）回収不能届

被
保
険
者
情
報

①

被保険者番号

②

フリガナ
氏名

③

生年月日

昭和 ☐ 年 月 日
平成 ☐ 年 月 日

④

年齢

歳

⑤

住 所
連絡先

(住 所)

(連絡先)

(携帯電話)

⑥

資格喪失
年月日

☐平成 年 月 日
☐令和 年 月 日

督
促
状
況

⑦回収不能となったもの

⑧督促方法

⑨督促の結果および返納できない理由

☐ 被保険者証または資格確認書

☐ 電 話（ 自宅 携帯 ）

☐ 高齢受給者証

☐ 文 書（ 回 ）

☐ 限度額認定証

☐ その他（ ）

回
収
不
能
対
象
者

⑩氏 名

⑪生年月日

⑫性別

⑬続柄

⑭回収不能となったもの

⑮備考

☐ 昭和
☐ 平成 年 月 日
☐ 令和

☐ 男
☐ 女

☐ 続柄

☐ 被保険者証または資格確認書
☐ 高齢受給者証
☐ 限度額認定証

氏 名

生年月日

性別

続柄

回収不能となったもの

備考

☐ 昭和
☐ 平成 年 月 日
☐ 令和

☐ 男
☐ 女

☐ 続柄

☐ 被保険者証または資格確認書
☐ 高齢受給者証
☐ 限度額認定証

氏 名

生年月日

性別

続柄

回収不能となったもの

備考

☐ 昭和
☐ 平成 年 月 日
☐ 令和

☐ 男
☐ 女

☐ 続柄

☐ 被保険者証または資格確認書
☐ 高齢受給者証
☐ 限度額認定証

氏 名

生年月日

性別

続柄

回収不能となったもの

備考

☐ 昭和
☐ 平成 年 月 日
☐ 令和

☐ 男
☐ 女

☐ 続柄

☐ 被保険者証または資格確認書
☐ 高齢受給者証
☐ 限度額認定証

氏 名

生年月日

性別

続柄

回収不能となったもの

備考

上記の者について、被保険者証（資格確認書・高齢受給者証・限度額認定証）が回収不能であるため届出します。

注
意

(注意)

○この届出は資格喪失後の被保険者と音信不通のため、被保険者証・資格確認書・高齢受給者証・限度額認定証を返納できない、又は被保険者証等滅失届が提出できない場合に事業主が提出します。

○文書で督促した場合、被保険者あて送付した文書のコピーを添付して下さい。

○事業主欄の押印は省略できます。

○健保事務担当者確認欄は必ず☑を付けて下さい。

令和6年12月改訂版

茨城県農協健康保険組合

受 付 印

処理年月日