

処理年月日

被保険者証回収不能届

常務理事	事務局長	事務局次長	部長	次長	課長	課長補佐	係長	係

事業所の名称			事業所所在地					
被保険者証の 記号番号	記号	番号	被保険者であった者の 氏名及生年月日				明 大 昭	年 月 日
資格取得年月日	年	月	日	被保険者当時の住所				
資格喪失年月日	年	月	日	現住所				
届出の事由 (出来るだけ詳しく 記載する事)								

上記の通り被保険者証を回収出来ないのでお届けいたします。
 なお後日回収した時は直ちに返納します。

平成 年 月 日 事業所の名称

所在地

事業主の氏名

出版健康保険組合御中

