

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 氏名及び生年月日				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。

令和 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