

(本人→事業主→健康保険組合)

日本化薬健康保険組合 理事長 殿

決 定	令和	年	月	日
常務理事	事務長	担当者		

健康保険被保険者証回収不能届

令和 年 月 日

所在地

事業主 名称

氏名

下記のとおり、お届けします。

被保険者証の 記号と番号	記号 番号	事 業 所 の 名 称	
被保険者の 氏 名	ⓐ	資格喪失 年 月 日	令和 年 月 日

回収不能となる対象者(本人・家族)

フリガナ 氏 名		生 月 日	続柄	性別	現 住 所
		(昭和・平成・令和) 年 月 日	本人	男・女	
				男・女	
				男・女	
回 収 不 能 の 事 由	回収不能の状況等をくわしく記入してください。				

受付日付印