

(本人→事業所健保担当者→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		

健康保険限度額適用認定証回収不能届

令和 年 月 日

被保険者氏名 ㊞

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	
-----------------	----------	----------------	--

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
被保険者本人	(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 ＼