

被保険者証・高齢受給者証回収不能届

(退職時に、事業所が証を回収できず、紛失届も提出できない場合の届出書です)

西武健康保険組合理事長殿

被保険者の			被保険者の近況・退職時の状況	
記号	番号	氏名		
資格喪失日		電話番号		
令和	年	月 日	返納を督促した状況(連絡を取った結果を詳しく記入)	
住所			令和 年 月 日 (電話 ・ 郵送 ・ 訪問)	
〒 -				
			令和 年 月 日 (電話 ・ 郵送 ・ 訪問)	
届出の対象者(対象者のみを記入・対象の証に○)				
被保険者(本人)	氏名	保険証・高齢受給者証	令和 年 月 日 (電話 ・ 郵送 ・ 訪問)	
	氏名	保険証・高齢受給者証		
被扶養者(家族)	氏名	保険証・高齢受給者証	令和 年 月 日 (電話 ・ 郵送 ・ 訪問)	
	氏名	保険証・高齢受給者証		
	氏名	保険証・高齢受給者証	令和 年 月 日 (電話 ・ 郵送 ・ 訪問)	
	氏名	保険証・高齢受給者証		

※2種類以上の方法で督促してください

上記のとおり再三の督促にかかわらず回収ができませんでしたので届出いたします。
なお、この証を回収したときは、ただちに返納いたします。

事業所
所在地
名 称
事業主名

事業所押印欄	所属押印欄

健保 使用欄
常務理事
事務長
取扱者

健保受付印