

常務理事		担当	担当

生年月日の元号、
続柄はプルダウンから
選択してください。

健康保険被保険者証・高齢受給者証 回収不能・滅失届

※トータルビューティー健康保険組合提出用

被保険者証の記号・番号		記号	番号		被保険者であつた者の 連絡先・住所				
被保険者であつた者の氏名		氏名							
▼ 回収 不能等 の 対象者	氏 名		生 年 月 日		性別	続柄	高齢受給者証 交付 返納		被保険者証を返納できない理由
	被保険者			年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	被扶養者			年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	被扶養者			年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
被保険者証の 返納督促をした経過		1回目	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 電話	<input type="checkbox"/> メール	<input type="checkbox"/> 文書	<input type="checkbox"/> 口頭	<input type="checkbox"/> その他 ()	
※実施日を入力し、 督促方法にチェック を入れてください。		2回目	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 電話	<input type="checkbox"/> メール	<input type="checkbox"/> 文書	<input type="checkbox"/> 口頭	<input type="checkbox"/> その他 ()	
		3回目	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 電話	<input type="checkbox"/> メール	<input type="checkbox"/> 文書	<input type="checkbox"/> 口頭	<input type="checkbox"/> その他 ()	

上記の者について、被保険者証(高齢受給者証)が回収不能であるため届出します。なお、被保険者証を回収したときは、ただちに返納します。

令和 年 月 日 提出

事業所所在地	〒 _____
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	(_____)

社会保険労務士の提出代行者印

受付印