

| | |
|------|----|
| 様式番号 | |
| 適 | 13 |

健康保険被保険者証回収不能届

| | | | | |
|----|------|---|----|-----|
| 課長 | 課長代理 | 扱 | 合議 | 確認欄 |
| | | | | |

| | | | | | | | |
|--|--|--|-------|--|---------------|--|-------|
| 事業所記号 | | 被保険者名 | フリガナ | <input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 | 生年月日 年 月 日 | <input type="radio"/> 昭 <input type="radio"/> 平 | 年 月 日 |
| 被保険者番号 | | | | | | | |
| 被保険者の現住所 または最後の住所 | | | | | | | |
| 被保険者の資格を 取得した日 | | <input type="radio"/> 昭和 <input type="radio"/> 平成 <input type="radio"/> 令和 | 年 月 日 | 被保険者の資格を 喪失した日 | | 令和 | 年 月 日 |
| 解退職 の事由 | | | | | 被扶養者 の有無 | <input type="radio"/> 有 ・ <input type="radio"/> 無 | |
| 被保険者 の近状 | | | | | | | |
| 被保険者 及び被扶養者 傷病状況 | <input type="radio"/> A. 被保険者に傷病がないと認められる。 | | | <input type="radio"/> C. 被扶養者に傷病がないと認められる。 | | | |
| | <input type="radio"/> B. 被保険者に傷病があると認められる。 | | | <input type="radio"/> D. 被扶養者に傷病があると認められる。 | | | |
| 被保険者証 回収不能と なった経過 | | | | | | | |
| 上記の通り被保険者証を回収することができません。 なお、被保険者証回収不能により生じた不正使用の場合等の事故については責任を負うことを誓約いたします。 | | | | 事業主の 住所・氏名 | | | |

令和 年 月 日 提出

北海道農業団体健康保険組合理事長 殿