

事業所記号		

健康保険 限度額適用認定証 回収不能届(事業主)
高齡受給者証

決 裁	常務理事	マネジャー	リーダー	担当者

正

太線枠のみ記入してください。
提出期限・・・速やかに

被 保 険 者 情 報	被保険者等 番号					被保険者氏名		生年月日	昭和 平成	年	月	日	性別	男・女
	被保険者の 最後の住所	〒		-				TEL	自宅	()			携帯	()

回 収 不 能 に 関 す る 情 報	対 象 者 氏 名		生 年 月 日				続柄	資 格 喪 失 日			減 失 物		
			昭和 平成 令和	年	月	日		令和	年	月	日	1. 限度額適用認定証 2. 高齡受給者証	
			昭和 平成 令和	年	月	日		令和	年	月	日	1. 限度額適用認定証 2. 高齡受給者証	
			昭和 平成 令和	年	月	日		令和	年	月	日	1. 限度額適用認定証 2. 高齡受給者証	
	被保険者の 解退職の事由							被保険者の近況					
	返納督促を した状況		1	令和	年	月	日	1.電話 2.メール 3.文書 4.口頭 5.その他 ()					
		2	令和	年	月	日	1.電話 2.メール 3.文書 4.口頭 5.その他 ()						
		3	令和	年	月	日	1.電話 2.メール 3.文書 4.口頭 5.その他 ()						
		4	令和	年	月	日	1.電話 2.メール 3.文書 4.口頭 5.その他 ()						

注)この届出は、被保険者の所在不明等の理由により回収ができないとき、また再三の返納督促にもかかわらず返納されないときに提出するものです。

令和 年 月 日提出

提 出 者	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名
	電話番号

MBK連合健康保険組合 理事長 殿

社会保険労務士の提出代行者

受 付 日 付 印

