常務理事	事務長	部長	次長	課長	係長	主任	担当

健康保険高齢受給者証回収不能届

記　号　・　番　号	被保険者氏名	被保険者生年月日	対象者氏名	対象者生年月日
		昭和 平成　　年　　月　　日		昭和 平成　　年　　月　　日

被保険者の現住所または最後の住所	回収できない理由	※ 組合記入欄
〒　　-		1. 資格喪失 2. 75歳到達 3. 認定削除 4. その他（　　）

被保険者に返納を督励した状況	督励した日	督励の方法及び結果	督励した日	督励の方法及び結果
	令和　　年　　月　　日		令和　　年　　月　　日	
	令和　　年　　月　　日		令和　　年　　月　　日	

上記のとおり高齢受給者証を回収することができません。
今後も回収につとめ、回収できたときはただちに返納いたします。

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電　　話　　（　　）

(注意事項)　被保険者の所在が不明の場合は、返却された返納督励文書などを添付してください。

受付日付印

令和　　年　　月　　日 提出

社会保険労務士記載欄

酒フーズ健康保険組合