

常務理事	事務長	部長	課長	課長代理	係長	主任	担当者	データ

## 健康保険高齢受給者証回収不能届

被保険者証の記号					
被保険者証の番号	被保険者氏名	対象者氏名	被保険者の住所	該当する項目を○印で囲み、返納できない理由を記入して下さい。	備考
			〒 -	滅失 ・ その他	
			〒 -	滅失 ・ その他	
			〒 -	滅失 ・ その他	
平成 年 月 日				受 付 印	
<p>大阪金属問屋健康保険組合理事長 様</p> <p>上記のとおり、健康保険高齢受給者証の回収が出来ませんでしたのでお届けします。 なお、高齢受給者証を発見・回収した場合は、ただちにお返し致します。</p> <p>事業所所在地： 事業所名称： 事業主氏名：</p>					
<p>※事業主の自署の場合は押印を省略できます。 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。 (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認するための添付書類が必要です。)</p>					