

| 健 保 捺 印 欄 | | | |
|-----------|-----|-----|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 室 長 | 担当者 |
| | | | |

資格喪失時の健康保険被保険者証回収不能届

| | | | |
|-----------------------------------|-------------|-------------|----------|
| 被保険者証 の記号番号 | | 被保険者氏名 | |
| 生年月日 | 昭和・平成 年 月 日 | 資格喪失 年月日 | 平成 年 月 日 |
| 退職の理由 | | | |
| 対象者 氏名及び 生年月日 | | 昭和・平成 年 月 日 | |
| | | 昭和・平成 年 月 日 | |
| | | 昭和・平成 年 月 日 | |
| 回収できない 理由並びに返 納を督促した 状 況 | | | |

上記の通り被保険者証を回収することができませんのでお届けします。

平成 年 月 日

事業所の所在地

名 称

事業主の氏 名

印

トヨタ販売連合健康保険組合理事長 殿