

被保険者証 回収不能届

受付	年	月	日
決済	年	月	日

デンカ健康保険組合			
常務理事	事務長	担 当	

デンカ健康保険組合理事長 殿

被保険者証が回収不能であるため届出します。なお、被保険者証を回収したときは、ただちに返納します。

年 月 日

被 保 険 者 情 報	事業所名	勤務先の名称をご記入ください			所 属	所属名をご記入ください
	被保険者証	記号 ●	番号 ●●●●●●		氏 名	被保険者の氏名をご記入ください
	住 所	〒 () 被保険者の住所と連絡先をご記入ください				
回 収 不 能 の 対 象 者	氏名	続柄	生年月日			被保険者証を返納できない理由
	対象者の氏名をご記入ください	※1参照	年	月	日	例：紛失のため
			○	○	○	
			年	月	日	
			年	月	日	
		年	月	日		
備考						

事 業 主 欄	事業主所在地	(〒 ())			
	事業主名称	事業主の証明を頂いてください			
	事業主氏名				
	電 話				

- ※1 「続柄」は「長男」や「長女」など詳しくご記入願います。
- ※2 日付および生年月日については、和暦でご記入ください。