

処 理 伺					
令 和 年 月 日					
常務理事	事務局長	事務局次長	課 長	課長補佐	担当者

健康保険被保険者証回収不能届

被保険者証の 記号と番号	<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>第</td> <td>号</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>										第	号			
第	号														
被保険者の氏名				性 別	男・女	生年月日	昭和 平成	年	月	日					
被保険者の現住所 または最後の住所	〒														
	自宅電話 ()					携帯電話 - -									
被保険者の資格 を取得した日	昭・平・令 年 月 日				被保険者の資格 を喪失した日	平・令 年 月 日									
退職の事由															
被保険者の近況															
被保険者証 の返納を 督促した状況	平・令 年 月 日														
	平・令 年 月 日														
	平・令 年 月 日														
	平・令 年 月 日														
	平・令 年 月 日														

うえのとおり被保険者証を回収することができませんでした。

令和 年 月 日

住 所 〒

事業所名

氏 名

電話番号

受付日付

東京都歯科健康保険組合 理事長 殿