健康保険限度額適用認定証　**回収不能届**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 被保険者証記号・番号 | - | 交付年月日 |  |
| 氏　　名 |  | 生年月日 |  |
| 勤務する（していた）事業所の | 名　称 |  |
| 所在地 |  |
| 適用対象者 | 氏　　名 |  | 生年月日 |  |
| 被保険者との続柄 |  |  |
| 健康保険限度額適用認定証を回収できない理由 | 　 |
| 令和　　　　年　　　　月　　　　日 提出うえの届書に記載したとおり健康保険限度額適用認定証を回収することができません。事業主の　　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　 |