

常務理事	部(次)長	課 長	課長代理	係 長	担当者

健康保険高齡受給者証 回収不能届

健康保険の 記号・番号	記号	被保険者 氏 名		高 齡 受 給 者 該 当 者 氏 名	
	番号				
被 保 険 者 現 住 所	〒 Tel() -			資 格 喪 失 年 月 日	令和 年 月 日
回収不能理由					

被保険者に高齡受給者証の返納を求めましたが、上記理由で回収することができません。
 なお、今後高齡受給者証回収不能のないよう注意いたします。

令和 年 月 日

大阪薬業健康保険組合理事長様

受 付 印

事業所所在地	〒 ()
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	