

(様式18)

受付



健保 決 済 欄	業務部長	課長	確認・担当者		
	電算入力	令和	年	月	日

## 健康保険被保険者証回収不能届

事業所名 ( )

被保険者	記号	被保険者 氏 名
	番号	
被保険者 住 所	〒 (            —            )	
被保険者 電話番号	TEL (            )            —	
退職の事由		
傷病の状況	1. 被保険者・被扶養者に傷病がないと認められる 2. 被保険者・被扶養者に傷病があると認められる 3. 不明	
被保険者証が回 収不能となった 経過		
事業主の証明	上記の通り被保険者証を回収することができません。 なお被保険者証の回収不能により生じた不正使用による場合については責任を負うことを誓約します。  長野県農業協同組合健康保険組合 殿 令和    年    月    日  所在地 事業主 名称及び 氏名	