

常務理事	事務長	係

督促年月日 年 月 日	回収年月日 年 月 日
-------------	-------------

健康保険限度額適用認定証回収不能届

被保険者証の記号及び番号	記号		番号	
被保険者の氏名及び生年月日	氏名		生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日
被保険者の住所	〒			
適用対象者の氏名及被保険者との続柄	適用 対象者名		続柄	
事業所の名称及び所在地	名称		所在地	
回収不能の理由				

上記の通りお届けする

令和 年 月 日

事業所

住所

名称

代表者氏名

印

富山県自動車販売店健康保険組合理事長 殿