

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				
回収不能による事故発生の際に対する誓約	健康保険限度額適用認定証の有効期限が切れた後の証を使用して事故が発生したる場合には、事業主において全責任を持ちますから、何卒よろしく処理願います。尚、回収出来次第即時お届けします。			

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