

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番号	記号		番号	
被保険者の氏名及住所	氏名		生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日
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	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

平成 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