

令和 年 月 日

山崎製パン健康保険組合 御中

事業所名

担当者

カード保険証 回収報告書

回収事由		本人	家族	計
1	資格喪失時 回収			
2	保険証未回収リスト分 回収			
3	氏名変更時 回収			
4	被扶養者削除時 回収			
5	任意継続被保険者証 回収			
6	その他 回収			
合計				

以上、合計 _____ 枚のカード保険証を送付します。

カード保険証を _____ 枚、正に受領いたしました。

連絡事項

健保受領印
