

常務理事	事務長	課長	係長	係

記入例 健康保険被保険者証 回収不能・滅失届

※ 回収不能の場合は①、滅失の場合は②の欄を必ず記入してください。

被保険者証の記号－番号	〇〇〇〇 - △△△	被保険者 (であった者)の氏名	健保太郎			資格喪失 年月日	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日				
被保険者(であった者) の現住所・電話連絡先	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇		電話連絡先 048 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇								
回収不能・滅失 の対象者	続柄	氏名	生年月日				性別	回収不能・滅失の別 〇をしてください。	② 滅失の場合 被保険者証を滅失した理由		
	本人	(氏) (名)	昭和・平成	年	月	日	男・女	回収不能・滅失			
	妻	(氏) 健保 (名) 花子	昭和 平成 令和	〇	〇	〇	〇	男・女 男・女		回収不能・滅失	引っ越しの際、紛失してしまった。
	子	(氏) 健保 (名) のぞみ	昭和 平成 令和	〇	〇	〇	〇	男・女 男・女		回収不能・滅失	
		(氏) (名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男・女	回収不能・滅失			
① 回収不能の場合 事業主による被保険者証返納方 督促状況							上記理由により、被保険者証を滅失しましたので届出します。				
【回収不能の理由】		督促状況	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日	文書・口頭・電話・他()				被保険者氏名 健保太郎			
被保険者本人に連絡が取れない為			令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日	文書・口頭・電話・他()							
			令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日	文書・口頭・電話・他()							

上記の者について、被保険者証が回収不能・滅失であるため届出します。

令和 年 月 日 提出
一受付印一

事業所所在地	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 さいたま市〇〇区〇-〇-〇
事業所名称	(医) 〇〇病院
事業主氏名	理事長 〇〇 〇〇〇
電話番号	048 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇〇

※この届は被保険者証を返納できない場合に提出が必要となります。

埼玉県医師会健康保険組合