

健康保険被保険者証 回収不能・滅失届

常務理事	事務長	課長	係長	係

※ 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		－		被保険者 (であった者)の氏名		資格喪失 年月日		令和 年 月 日		
被保険者(であった者) の現住所・電話連絡先		〒 ー		電話連絡先 ー ー						
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 ○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	
		(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	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	
		(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。 被保険者氏名	
【回収不能の理由】		督促状況	令和 年 月 日	文書・口頭・電話・他()						
			令和 年 月 日	文書・口頭・電話・他()						
			令和 年 月 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

ー受付印ー

〒 ー
事業所所在地
事業所名称
事業主氏名
電話番号

※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。