

※ 督促	年 月 日
※ 回収	年 月 日

理事長	常務理事	事務長	担当

健康保険被保険者証回収不能・滅失届

被保険者証の記号・番号		記号	番号		住所		〒 -		
被保険者(であった者)の氏名・住所		氏名	⑩				電話 ()		
回収不能・滅失の対象者	氏 名		生 年 月 日			性別	続 柄	被保険者証を返納できない理由	
	被保険者	(氏) (名)	昭和 平成	年	月	日	男・ 女	本人	高 齢 受 給 者 証 交 付 有・ 返 納 無
	被扶養者	(氏) (名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男・ 女		有・ 無
	被扶養者	(氏) (名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男・ 女		有・ 無
	被扶養者	(氏) (名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男・ 女		有・ 無
	被扶養者	(氏) (名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男・ 女		有・ 無

上記の者について、被保険者証(高齢受給者証)が回収不能・滅失であるため届出します。なお、被保険者証を回収したときは、ただちに返納します。

年 月 日

事業所所在地

※ この届は、被保険者証を返納できない場合に提出するものです。

事業所名称

※ 事業主及び被保険者の押印については、署名(自筆)の場合は省略できます。

事業主氏名

※ 任意継続被保険者の方については、事業主の証明は必要ありません。

⑩

受付日付印