

常務理事	事務長	担当者

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					
被保険者の氏名・住所		氏名					住所					
回収不能の対象者	被扶養者番号	氏名		生年月日				性別	続柄	該当の証を囲んでください	被保険者証を返納できない理由	
	00	被保険者	(氏)	(名)	明1 大3 昭5 平7	年	月	日	男 1. 女 2.	本人	健康保険被保険者証 高齢受給者証 限度額適用認定証 その他	
		被扶養者	(氏)	(名)	明1 大3 昭5 平7	年	月	日	男 1. 女 2.		健康保険被保険者証 高齢受給者証 限度額適用認定証 その他	
		被扶養者	(氏)	(名)	明1 大3 昭5 平7	年	月	日	男 1. 女 2.		健康保険被保険者証 高齢受給者証 限度額適用認定証 その他	
		被扶養者	(氏)	(名)	明1 大3 昭5 平7	年	月	日	男 1. 女 2.		健康保険被保険者証 高齢受給者証 限度額適用認定証 その他	
		被扶養者	(氏)	(名)	明1 大3 昭5 平7	年	月	日	男 1. 女 2.		健康保険被保険者証 高齢受給者証 限度額適用認定証 その他	
		被扶養者	(氏)	(名)	明1 大3 昭5 平7	年	月	日	男 1. 女 2.		健康保険被保険者証 高齢受給者証 限度額適用認定証 その他	

上記の者について、被保険者証等が回収不能であるため届出します。なお、回収したときは、ただちに返納します。

平成 年 月 日

事業所所在地
事業所名称
事業主氏名

※ 紛失したため、被保険者証を返納できない場合は始末書と遺失届を添付します。
(遺失届は最寄りの警察署に届出後、その写しを添付してください。)

※ 任意継続被保険者は、事業主欄に署名(自筆)し押印してください。



受付印