

※管	月	日
※回	月	日

記入例

常務理事	事務長			係員

健康保険被保険者証回収不能・滅失届

健康保険被保険者証の記号・番号		記号	●●			番号	●●●●●			
被保険者(であった者)の氏名・住所		氏名	ファイナンス 太郎		住所	〒 ×××-×××× ●●●●●市●●●●区●●●●町●●●●-				
回収不能等の対象者	被扶養者番号	氏名	生年月日	性別	続柄	高齢受給者証 交付 返納		被保険者証を返納できない理由		
	0 0	被保険者 ファイナンス 太郎	昭5 平7 令9 5 4 1 2 2 2	男 1. 女 2.	本人	有 無	有 無	普段使用しなかった為、紛失した事に気がつかなかった。		
		被扶養者 ファイナンス 花子	昭5 平7 令9 5 7 0 6 1 3	男 1. 女 2.	妻	有 無	有 無	同上		
		被扶養者 ファイナンス 一郎	昭5 平7 令9 2 1 0 4 0 9	男 1. 女 2.	長男	有 無	有 無	同上		
		被扶養者	昭5 平7 令9		男 1. 女 2.		有 無	有 無		
		被扶養者	昭5 平7 令9		男 1. 女 2.		有 無	有 無		
		被扶養者	昭5 平7 令9		男 1. 女 2.		有 無	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。

令和 年 月 日

事業所所在地
事業所名称
事業主氏名

受付日付印

※ この届書は被保険者証を返納できない場合に健康保険組合に提出してください。
なお、届書提出後に被保険者証を回収したときは、健康保険組合に返納してください。