

# 健康保険被保険者証回収不能・滅失届

常務理事	事務長	次長	課長	係員

◎◎◎この届出は、性別は、被保険者証を返納できない場合、提出します。○印で囲むこと。  
 ◎この届出は、性別は、被保険者証を返納できない場合、提出します。○印で囲むこと。  
 ◎この届出は、性別は、被保険者証を返納できない場合、提出します。○印で囲むこと。

健康保険被保険者証の記号	健康保険被保険者証の番号	被 保 険 者 で あ っ た 者 の 氏 名 ・ 住 所		
		(氏) _____	(名) _____	〒 _____

回収不能等の対象となる者(被保険者も含む)	氏 名	生 年 月 日	性 別	続 柄	高齢受給者証		被保険者証を返納できない理由
					交付	返納	
(氏)	(名)	昭 5 年 月 日 平 7 令 9	男 1. 女 2.		有・無	有・無	
(氏)	(名)	昭 5 年 月 日 平 7 令 9	男 1. 女 2.		有・無	有・無	
(氏)	(名)	昭 5 年 月 日 平 7 令 9	男 1. 女 2.		有・無	有・無	
(氏)	(名)	昭 5 年 月 日 平 7 令 9	男 1. 女 2.		有・無	有・無	
(氏)	(名)	昭 5 年 月 日 平 7 令 9	男 1. 女 2.		有・無	有・無	
(氏)	(名)	昭 5 年 月 日 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(高齢受給者証)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 \_\_\_\_\_

電 話                      (                      局)                      番

┌──────────────────┐  
 受 付 日 付 印

社 会 保 険 労 務 士 の 届 出 代 行 者