

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

◎◎◎この届は、性別は、本人・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。
 続柄は、別は、本人・被保険者証の交付・返納は、該当する文字を○印で囲むこと。
 「妻」「長男」「長女」「父」「母」などと詳しく記入すること。

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57年 月 日 平令9	男 1. 女 2.		有・無	有・無	
(氏)	(名)	昭57年 月 日 平令9	男 1. 女 2.		有・無	有・無	
(氏)	(名)	昭57年 月 日 平令9	男 1. 女 2.		有・無	有・無	
(氏)	(名)	昭57年 月 日 平令9	男 1. 女 2.		有・無	有・無	
(氏)	(名)	昭57年 月 日 平令9	男 1. 女 2.		有・無	有・無	
(氏)	(名)	昭57年 月 日 平令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