

健康保険被保険者証等 滅失届 回収不能

常務理事	事務長	課長	係長	係

① 健康保険被保険者証 記号 番号		② 被保険者の氏名 (氏) (名)		③ 生年月日 昭・平・令 年 月 日			④性別 男・女	⑤ 資格喪失年月日 平成 年 月 日 令和		
----------------------	--	----------------------	--	-----------------------	--	--	------------	-----------------------------	--	--

⑥ 被保険者が勤務していた(している)事業所の 名称			所在地		
-------------------------------	--	--	-----	--	--

滅失または回収不能の対象となる方	被保険者	⑦氏名		⑧生年月日		⑨性別	被保険者証	高齢受給者証	限度額適用認定証	特定疾病療養受領証	⑩返納できない事由
		(氏)	(名)	昭平令	年 月 日	男・女	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・紛失したため ・退職した本人と連絡がとれないため ・その他()
		上記に同じ					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	被扶養者	(氏)	(名)	昭平令	年 月 日	男・女	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・紛失したため ・退職した本人と連絡がとれないため ・その他()
	被扶養者	(氏)	(名)	昭平令	年 月 日	男・女	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・紛失したため ・退職した本人と連絡がとれないため ・その他()
	被扶養者	(氏)	(名)	昭平令	年 月 日	男・女	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・紛失したため ・退職した本人と連絡がとれないため ・その他()
	被扶養者	(氏)	(名)	昭平令	年 月 日	男・女	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・紛失したため ・退職した本人と連絡がとれないため ・その他()

⑪ 上記のとおりお届けします。		⑫ 滅失した被保険者証等に対する誓約		年 月 日 提出 受付日付印
被保険者住所 (事業主) 氏名	〒 -			⑩欄に記載した事由により、健康保険被保険者証等を滅失しましたが、この被保険者証等により生じた事故については一切の責任を負うこと、また被保険者証等を発見したときは、ただちに返納することを誓約します。
電話番号	() -			
		被保険者氏名		

【注意事項】

- この届書は「被保険者資格喪失届」または「被扶養者(異動)届」に被保険者証等を添付して返納することができない場合に提出するものです。
- ⑩欄は被保険者にて記入できない場合のみ事業主にて記入してください。
- 被保険者が届け出る場合は表題の「滅失」に、事業主が届け出る場合は「回収不能」に○印で囲んでください。