

常務理事	事務長			係員

資格喪失に伴う被保険者証(高齢受給者証) ~~減失~~・回収不能届

◎この届書は資格喪失時に健康保険被保険者証(高齢受給者証)の回収ができない、または減失してしまい、『被保険者資格喪失届』に添付して提出するものです。

被保険者証の		氏名		資格喪失年月日	
記号	番号	(フリガナ)		年	月 日
7 1	1 2 3 4	ケンボ タロウ		令和	0 3 1 1 0 1
被保険者の現住所 又は 最後の連絡先		郵便番号	電話番号 (最後の連絡先)		
		107-0000	0 9 0 (0000) × × × ×		
		東京都練馬区〇〇〇2-19-1 △△マンション201			
1 被保険者(本人が保持しているもの)		高齢受給者証※	<input type="checkbox"/> 減失 <input checked="" type="checkbox"/> 未返納	※高齢受給者証の減失・未返納の場合は左記☑にをする	
2 被扶養者(家族が保持しているもの)					
減失・回収不能の被保険者証 (該当番号に○をする) 右記に該当する被扶養者氏名	氏名	高齢受給者証※	生年月日		続柄
		<input type="checkbox"/> 減失 <input type="checkbox"/> 未返納	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	
		<input type="checkbox"/> 減失 <input type="checkbox"/> 未返納	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	
		<input type="checkbox"/> 減失 <input type="checkbox"/> 未返納	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	
		<input type="checkbox"/> 減失 <input type="checkbox"/> 未返納	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	

1 減失のとき (被保険者証を紛失したとき)

減失した年月日と場所(わかる範囲で)

令和 年 月 日 減失に至った状況(できるだけ詳細に記入ください)

場所

被保険者証についての誓約
被保険者証を減失いたしました。なお減失した被保険者証を発見したときは、ただちに返納します。

被保険者署名(自署)

2 未返納のとき (再三の返納督促にもかかわらず、被保険者証を返納しないとき)

- 所在不明で連絡がとれないため
 - 3回以上**督促をするが返納に応じないため
 - その他()
- 返納督促状況の経過を記入してください
- 1回目 令和 3年 11月 5日 本人宛に電話をするが応答なし
- 2回目 令和 3年 11月 11日 自宅へ返送督促通知を出すが応答なし
- 3回目 令和 3年 11月 18日 本人宛に電話をするが応答なし
- 4回目 令和 3年 11月 25日 本人宛に電話をするが不通

上記のとおり被保険者から健康保険被保険者証(高齢受給者証)が回収できませんので届出いたします。
なお、被保険者証を回収したときはただちに返納いたします。

事業所所在地
事業所名称
事業主氏名
電話

〒 178-0000
東京都練馬区〇〇〇1-2-3
(株)タムラ製作所□□□
健保 六郎
03-1111-9999

令和 3年 1 1月 2 8日提出

受付日付印

回収不能届記入例