

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) 滅失・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、または滅失してしまい、『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) (自署)		年	月
			令和		日
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)	[]
滅失・回収不能の被保険者証 (該当番号☑にをする) <small>右記に該当する被扶養者氏名</small>		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"/> 滅失 <input type="checkbox"/> 未返納	※高齢受給者証の滅失・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)			
		氏名	高齢受給者証※	生	年月日
			<input type="checkbox"/> 滅失 <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"/> 滅失 <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"/> 滅失 <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"/> 滅失 <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"/> 滅失 <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 滅失のとき (被保険者証を紛失したとき)

滅失した年月日と場所(わかる範囲で)

令和 年 月 日 場所

滅失に至った状況(できるだけ詳細に記入ください)

被保険者証についての誓約
被保険者証を滅失いたしました。なお滅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 年 月 日

2回目 令和 年 月 日

3回目 令和 年 月 日

4回目 令和 年 月 日

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。

令和 年 月 日提出

事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話	〒
--------------------------------	---

受付日付印