

健康保険 被保険者証 減失・回収不能届 高年齢受給者証

| | | | | | | |
|------|-----|----|----|------|----|---|
| 常務理事 | 事務長 | 部長 | 課長 | 課長補佐 | 係長 | 係 |
| | | | | | | |

(注意事項)
 ・この届書は、資格喪失後の被保険者証(高年齢受給者証)の減失や、再三督促しても応答なく返納ができない場合に提出するものです。
 ・必要事項の記入と各項目該当箇所を丸で囲み、作成してください。

| | | | | | | |
|------------------|----------|---------------|-----------------------------|-----------------|----------|-------|
| ① 被保険者の 記号・番号 | — | ② 被保険者の 氏名 | | ③ 被保険者の 生年月日 | 昭和 平成 | 年 月 日 |
| ④ 被保険者の 資格取得日 | 昭和 平成 | 年 月 日 | ⑥ 被保険者の現住所 または 退職後の住所 | ⑦ | 解退職の事由 | |
| ⑤ 被保険者の 資格喪失日 | 平成 | 年 月 日 | | | | |

| ⑧ 未返納の対象となる者 | | | |
|--------------|---------|---------------|------|
| ア.氏名 | イ.区分 | ウ.証種別 | エ.傷病 |
| | 減失・回収不能 | 被保険者証・高年齢受給者証 | 有・無 |
| | 減失・回収不能 | 被保険者証・高年齢受給者証 | 有・無 |
| | 減失・回収不能 | 被保険者証・高年齢受給者証 | 有・無 |
| | 減失・回収不能 | 被保険者証・高年齢受給者証 | 有・無 |

| |
|---|
| ⑨ 「減失」のとき ※被保険者または減失当事者が記入してください |
| 【具体的に状況をご記入ください】 |
| 上記のとおり減失しましたが、被保険者証・高年齢受給者証を発見した時は直ちに返納します。 |
| 署名 ㊟ |

| | | | | |
|-----------------------------|----|-------|------------------------|------|
| ⑩ 「回収不能」のとき ※督促担当者が記入してください | | | | |
| 経過 | 平成 | 年 月 日 | 電話・メール・文書・口頭 / 応答(有・無) | 特記事項 |
| | 平成 | 年 月 日 | 電話・メール・文書・口頭 / 応答(有・無) | |
| | 平成 | 年 月 日 | 電話・メール・文書・口頭 / 応答(有・無) | |
| | 平成 | 年 月 日 | 電話・メール・文書・口頭 / 応答(有・無) | |

上記のとおり、被保険者証・高年齢受給者証を回収することができない為、届出します。
 なお、被保険者・高年齢受給者証を回収した時は、直ちに返納します。

事業所所在地
 事業所名称
 事業主氏名 ㊟
 電話番号 ()

| |
|---|
| 社会保険労務士の提出代行者印 ㊟ |
|---|

受付日付印