

常務理事	事務長	部長	課長	課長補佐	係長	係

健康保険 被保険者証 滅失・回収不能届
高年齢受給者証

被保険者情報	被保険者の記号・番号	記号 番号 —		被保険者の氏名		
	被保険者の生年月日	昭和・平成 年 月 日	被保険者の資格取得日	昭和・平成 年 月 日	被保険者の資格喪失日	平成 年 月 日
	被保険者の現住所または退職後の住所	〒 —			解退職の事由	
	電話番号	— —		携帯電話		

未返納の対象となる者	氏名	区分	証種別	傷病	「滅失」の場合 ※被保険者または滅失当事者が記入してください。
		滅失回収不能	被保険者証高年齢受給者証	有無	【滅失した状況を具体的にご記入ください】 上記のとおり滅失しましたが、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 _____ (印)
		滅失回収不能	被保険者証高年齢受給者証	有無	
		滅失回収不能	被保険者証高年齢受給者証	有無	
		滅失回収不能	被保険者証高年齢受給者証	有無	
備考					

「回収不能」の場合 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)	

事業主欄	事業所在地	(〒 —)
	事業所名	
	事業主氏名	
	電話	()

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ため、届出いたします。
なお、被保険者証・高年齢受給者証を回収した場合は、速やかに返納いたします。

(印)

社会保険労務士の提出代行者名記載欄 (印)

受付日付印

※この届は被保険者証を返納できない場合に提出します。
※回収不能対象者には、後日、被保険者あてに「健康保険被保険者証の無効のお知らせ」を送付します。