

常務理事	事務長	課長	係長	主任	係員

健康保険

被保険者証
高年齢受給者証

回収不能・滅失届 (再交付を希望しない場合)

該当する証を○で囲んでください

被 保 険 者 情 報	被保険者証	記号	番号	生年月日	5.昭和 7.平成	年	月	日
	被保険者氏名			被保険者住所	〒 -			
	電話番号 (日中の連絡先)			携帯電話番号				
対 象 の 被 保 険 者 が	証の種類 (該当する証に○)	被保険者証・高年齢受給者証		証を返納 できない理由 (該当する方に○)	1.回収不能のため 2.滅失したため			
	回収の経緯または 滅失したときの状況	※具体的に記入してください						

◆「電話番号(日中の連絡先)」または「携帯電話番号」は必ず記入してください

被 扶 養 者 が 対 象 の 場 合	①	氏名		生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日
		証の種類 (該当する証に○)	被保険者証・高年齢受給者証		証を返納 できない理由 (該当する方に○)	1.回収不能のため 2.滅失したため		
		回収の経緯または 滅失したときの状況	※具体的に記入してください					
	②	氏名		生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日
		証の種類 (該当する証に○)	被保険者証・高年齢受給者証		証を返納 できない理由 (該当する方に○)	1.回収不能のため 2.滅失したため		
		回収の経緯または 滅失したときの状況	※具体的に記入してください					
	③	氏名		生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日
		証の種類 (該当する証に○)	被保険者証・高年齢受給者証		証を返納 できない理由 (該当する方に○)	1.回収不能のため 2.滅失したため		
		回収の経緯または 滅失したときの状況	※具体的に記入してください					

受付印

事 業 所 欄	上記の申請について相違ないことを証明します。 令和 年 月 日
	なお、証を回収した際は必ず返納します。
	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名
電話番号	()