

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 29	番号 1234	生年月日	5.昭和 7.平成	3	年	10	月	1	日
	被保険者氏名	健康 太一		被保険者住所	〒 182 - 0032 東京都調布市国領町○-○-○						
	電話番号 (日中の連絡先)	090-1234-4456		携帯電話番号	同左						
対 象 の 被 保 険 者 が	証の種類 (該当する証に○)	被保険者証・高齢受給者証		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 4/1 本人に電話連絡するが繋がらない 4/5 再度電話連絡 4/10 電話が繋がらないため書類郵送									

◆「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	健康 さくら	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	5	年	1	月	19	日	
		証の種類 (該当する証に○)	被保険者証・高齢受給者証		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 同上									
	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 4 年 5 月 1 日 なお、証を回収した際は必ず返納します。	
	事業所所在地	東京都港区芝浦○-○-○
	事業所名称	ミナト商事株式会社
	事業主氏名	代表取締役 芝浦 健一
	電話番号	03 ( 1234 ) 5678