

常務理事	事務長				担当者

↓該当するものを○で囲んでください

健康保険
資格確認書
被保険者証
高年齢受給者証
回収不能・滅失届

被 保 険 者 情 報	記号 番号	-	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	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 場 合 が	種別	資格確認書 ・ 被保険者証 ・ 高年齢受給者証		返納 できない理由	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
		種別	資格確認書 ・ 被保険者証 ・ 高年齢受給者証		返納 できない理由	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
		種別	資格確認書 ・ 被保険者証 ・ 高年齢受給者証		返納 できない理由	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
		種別	資格確認書 ・ 被保険者証 ・ 高年齢受給者証		返納 できない理由	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					

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、後日回収できた場合は必ず返納します。	
	事業所所在地	
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電話番号	()

受付印