

常務理事	事務長	課長	係長	係

健康保険被保険者証 滅失^① 届 回収不能^②

提出年月日 年 月 日

被保険者証の 記号及び番号	—	氏 名	
電 話 番 号	— —		
住 所	〒 都 道 府 県		
資格取得年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	資格喪失年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
対象者氏名	※複数の場合は対象者全員の名前を記入してください。		

①滅失届の場合

被保険者証を 滅失した事由	
------------------	--

②回収不能届の場合（事業主記載）

被保険者証の 回収不能事由	
事業主が健康保険被保険者証の 返納方を督促した状況	年 月 日 文書・口頭・電話
	年 月 日 文書・口頭・電話
	年 月 日 文書・口頭・電話
	年 月 日 文書・口頭・電話
	年 月 日 文書・口頭・電話

健康保険被保険者証が 滅失 回収不能 のため、届出します。

事業所

所在地

名称

事業主氏名

電話番号 (- -)