

[Example]

常務理事	事務長	課長	係長	係

### 健康保険被保険者証 滅失<sup>①</sup>届 回収不能<sup>②</sup>

Date: 令和〇〇年〇〇月〇〇日  
 Health Insurance Card Symbol: 3003 - 12345  
 Health Insurance Card Number: \_\_\_\_\_  
 Insurance Name: 健保 太郎  
 被保険者証の記号及び番号: 3003 - 12345  
 氏名: 健保 太郎  
 Telephone Number: 0493-23-xxxx  
 住所: 〒355-0028 埼玉県 東松山市箭弓町〇-〇〇  
 Zip Code: 355-0028  
 Address: 埼玉県 東松山市箭弓町〇-〇〇  
 Insurance Status Acquisition Date: 令和〇〇年〇〇月〇〇日  
 資格取得年月日: 昭和/平成/令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日  
 資格喪失年月日: 昭和/平成/令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日  
 対象者氏名: 健保 花子  
 Date of Loss of Insurance Status: \_\_\_\_\_

#### ①滅失届の場合

被保険者証を滅失した事由	* 滅失の理由(日時、場所、原因等)をご記入下さい。
--------------	----------------------------

#### 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: \_\_\_\_\_ Business Entity Address and Name  
 所在地: \_\_\_\_\_  
 名称: \_\_\_\_\_ Name of Business Owner  
 事業主氏名: \_\_\_\_\_  
 電話番号 ( \_\_\_\_\_ )  
 Telephone Number: \_\_\_\_\_