

健康保険被保険者証回収不能・滅失届

常務理事	担 当



提出日	令和 年 月 日	被保険者が記載内容に誤りがないことを確認しました <input type="checkbox"/>				
被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被 保 険 者 証	記 号	番 号	事業所 (会社)名	所 属	
	氏 名				資 格 喪 失 日	令 和 年 月 日 喪 失
	住 所	(〒 -) 電 話 () -				
	対 象 者	被保険者本人	続柄 (本 人)			
		被扶養者 (家族)	①	続柄 ()		
			②	続柄 ()		
③			続柄 ()			
④	続柄 ()					
返納できない理由(督促履歴等)						
被保険者およびその家族に発行された証が不正に使用された場合は、被保険者が一切の責任を負います。						
被保険者氏名						

上記のとおり健康保険被保険者証が返納不能であると届がありましたので提出します。	
なお、今後、被保険者証を回収したときは直ちに返納します。	
事業所 所在地	令和 年 月 日 提出
事業所 名 称	
事業主 氏 名	