

健康保険被保険者証回収不能・滅失届

常務理事	担 当



提出日を記入

提出日	令和 3 年 10 月 10 日		
被保険者証	記号	番号	事業所 (会社)名 ABCD株式会社 所属
	999	999999	
氏名	健保 太郎		資格喪失日 令和 3 年 10 月 1 日 喪失
住所	(〒 559 - ××××) 電話(06 - 〇〇〇〇 - ×××× 大阪市住之江区〇〇〇1-2-3		
被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者本人	健保 太郎 続柄 (本 人)	
	対 象 者 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) 退職時に保険証を返納しようと自宅やカバン等を探したが、見つからないため返納できませんのでお届けします。 後日見つかった場合は、返納いたします。			
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。 署名 健保 太郎 被保険者氏名			

<p>上記のとおり健康保険被保険者証が返納不能となり回収不能届を提出しました。</p> <p>当健保組合の資格を喪失した後、保険証を返却できない場合にご記入ください。 (保険証の再発行が必要な場合は、A-5「被保険者証再交付申請書」をご提出ください)</p>		出
事業主氏名		

当健保組合の資格を喪失した後、保険証を返却できない場合にご記入ください。（保険証の再発行が必要な場合は、A－5「被保険者証再交付申請書」をご提出ください）