

資格喪失に伴う被保険者証(高齢受給者証) 減失・回収不能届

常務理事	事務長	係長		係員

◎この届書は資格喪失時に健康保険被保険者証(高齢受給者証)の回収ができない、または減失してしまい、『被保険者資格喪失届』に添付して提出するものです。

被保険者証の

記号

番号

氏名

資格喪失年月日

(フリガナ)

令和

年

月

日

被保険者の現住所
又は 最後の連絡先

郵便番号

電話番号
(最後の連絡先)

1 被保険者(本人が保持しているもの)

高齢受給者証※

☐減失

☐未返納

※高齢受給者証の減失・未返納の場合は左記☑にをす

2 被扶養者(家族が保持しているもの)

右記に該当する被扶養者氏名

氏名	高齢受給者証※	生年月日	続柄
	☐減失 ☐未返納	☐昭和 ☐平成 ☐令和 年 月 日	
	☐減失 ☐未返納	☐昭和 ☐平成 ☐令和 年 月 日	
	☐減失 ☐未返納	☐昭和 ☐平成 ☐令和 年 月 日	
	☐減失 ☐未返納	☐昭和 ☐平成 ☐令和 年 月 日	

1 減失のとき (被保険者証を紛失したとき)

減失した年月日と場所(わかる範囲で)

令和 年 月 日

場所

減失に至った状況(できるだけ詳細に記入ください)

被保険者証についての誓約

被保険者証を減失いたしました。なお減失した被保険者証を発見したときは、ただちに返納します。

被保険者署名・捺印

2 未返納のとき (再三の返納督促にもかかわらず、被保険者証を返納しないとき)

1. 所在不明で連絡がとれないため

2. 3回以上督促をするが返納に応じないため

3. その他()

返納督促状況の経過を記入してください

1回目

令和 年 月 日

2回目

令和 年 月 日

3回目

令和 年 月 日

4回目

令和 年 月 日

上記のとおり被保険者から健康保険被保険者証(高齢受給者証)が回収できませんので届出いたします。
なお、被保険者証を回収したときはただちに返納いたします。

事業所所在地
事業所名称
事業主氏名
電話

〒

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

令和 年 月 日提出

受付日付印