

常務理事	事務長	係長		係員

資格喪失に伴う被保険者証(高齢受給者証) 滅失 ~~一回~~回収不能届

◎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、または滅失してしまい、『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		氏名	資格喪失年月日		
記号	番号		年	月 日	
7 1	1 2 3 4	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎	令和	〇〇 1 1 0 1	
被保険者の現住所 又は 最後の連絡先		郵便番号 107-0000	電話番号 (最後の連絡先) 0 9 0 (〇〇〇〇) × × × ×		
		東京都港区〇〇〇2-19-1 △△マンション201			
1 被保険者(本人が保持しているもの)		高齢受給者証※ <input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> 未返納	※高齢受給者証の滅失・未返納の場合は左記☑にをする		
2 被扶養者(家族が保持しているもの)					
滅失・回収不能の被保険者証 (該当番号に○をする) 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
	健保 花子	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> 未返納	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	4 1 年 1 2 月 1 0 日	妻
		<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> 未返納	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日	
		<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> 未返納	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日	
		<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> 未返納	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日	

1 滅失のとき (被保険者証を紛失したとき)

滅失した年月日と場所(わかる範囲で)
 令和 〇 年 10 月 25 日
 場所 港区〇〇公民館
滅失に至った状況(できるだけ詳細に記入ください)
 妻が公民館でカバンを置き忘れ、カバンごとなくなりました。

被保険者証についての誓約
 被保険者証を滅失いたしました。なお滅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
健保 太郎

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)

- 所在不明で連絡がとれないため
- 3回以上督促をするが返納に応じないため
- その他()

1回目 返納状況の経過を記入してください
 平成 年 月 日

2回目
 平成 年 月 日

3回目
 平成 年 月 日

4回目
 平成 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	〒 107-0000 東京都港区〇〇〇1-2-3 (株)ユニマット〇〇〇 健保 六郎 03-1111-9999
--------------------------------	---

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	
-----------------------	--

平成 〇 〇 年 1 1 月 8 日提出

受付日付印

滅失届記入例