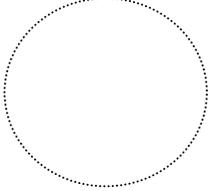


健康保険被保険者証 回収不能 紛失 届

常務理事	事務長	課長	係長	係員

健康保険被保険者証の記号	健康保険被保険者証の番号	被保険者の氏名		生年月日			性別	資格喪失（扶養削除）年月日			
		(氏)	(名)	昭5 平7 令9	年	月	日	男 1 女 2	年	月	日
被保険者の住所						備考					

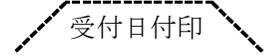
回収不能等の対象となる者	④※被扶養者番号	氏名	続柄	被保険者証を返納できない事由	◎被保険者証返還証明年月日 受付日付印  本人より直送 事業所経由返納
	⋮	(氏) (名)			
	⋮	(氏) (名)			
	⋮	(氏) (名)			
	⋮	(氏) (名)			

尚被保険者証につき、保険事故を生じた場合には事業主が一切その責に任じます。

但し、証返還日付（◎印欄）以後については責任を負いません。



← 被保険者の捺印がない場合はこの箇所にも社印を押してください。



事業所所在地	〒 _____
事業所名称	
事業主氏名	(_____) 
電話	(_____) _____ 番

【記入上についての注意事項】

- ①この届書は、資格喪失・扶養削除時に所在不明により回収不能または紛失した為、被保険者証を返納できない場合に提出します。
- ②被保険者証を返納できない理由欄には、回収不能の場合、返納を督促した状況を詳しく（平成〇年〇月〇日電話にて督促等）記入してください。