

記入例

資格喪失届 健康保険被保険者証 滅失・回収不能届

健 保 組 合 決 裁 欄			
常務理事	事務局長	係 長	担 当 者

被保険者証番号	1030	被保険者氏名	大 倉 太 郎	性別	男・女	生年月日	昭和 平成	35年 8月13日
被保険者の現住所または最後の住所		香川県丸亀市中津町1234番地の3						
資格取得年月日	昭・平・令	6年 10月 1日	資格喪失年月日	令 和	元 年	5 月 13 日		

滅 失 の と き		回 収 不 能 の と き	
被保険者証の種別	本人証・家族証（被扶養者氏名）	被保険者証の種別	本人証・家族証（被扶養者氏名）
滅失した日	令 和 年 月 日	退職等の理由	自己都合のため
滅失した場所		回収できない理由	本人、失踪中のため不明
滅失した理由 （詳しく記入）		理由ならびに返納を督促した状況	（家族に問い合わせてもわからない）
被保険者または被扶養者が現在受診中かどうか	ある あるいは、医療機関の住所・名称 ない []	被保険者または被扶養者が現在受診中かどうか	ある あるいは、医療機関の住所・名称 ない [不明]

上記のとおり、被保険者証を滅失しました。発見したときはただちに返納します。

令和 年 月 日

被保険者住所
氏名

上記のとおりお届けします。

事業主の住所
氏名

保険証を紛失したのが確認できている場合はこちらの欄（滅失のとき）に記入し

印

印

上記のとおり、被保険者証を回収することができませんので、お届けします。なお、今後とも被保険者証の回収に努めることを誓約します。

令和 元年 5月13日

事業主の住所 香川県丸亀市中津町1515番地
氏名 大倉工業（株）〇〇工場
工場長 〇 〇 〇 〇

印

印