

健 保 組 合 決 裁 欄

常務理事	事務局長	係 長	担 当 者

資格喪失時の健康保険被保険者証 滅失・回収不能 届

被保険者証番号		被保険者氏名		性 別	男・女	生年月日	昭和 平成	年	月	日
被保険者の現住所または最後の住所										
資格取得年月日	昭・平・令	年	月	日	資格喪失年月日	令 和	年	月	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		
滅失した場所			回収できない理由		
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		
被保険者または 被扶養者が現在 受診中かどうか	ある	あるときは、医療機関の住所・名称	被保険者または 被扶養者が現在 受診中かどうか	ある	あるときは、医療機関の住所・名称
	ない	〔 〕		ない	〔 〕
上記のとおり、被保険者証を滅失しましたが、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 印 上記のとおりお届けします。 事業主の住所 氏名 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 年 月 日 事業主の住所 氏名 印		