

健康保険被保険者証回収不能・滅失届

常務理事		担 当	

受 付
日付印

提出日を記入

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	提出日		令和 7 年 1 月 6 日				
	被 保 険 者 証	記 号	番 号	事業所 (会社)名	ABC D株式会社		
		999	999999				
			所 属				
	氏 名	健保 太郎		事由発生日	令和 7 年 1 月 6 日		
	住 所	(〒 559 - ××××) 電話(06 - ○○○○ - ××××) 大阪市住之江区○○○1-2-3					
	対 象 者	被保険者本人	健保 太郎			続柄 (本 人)	
		被扶養者 (家族)	①				続柄 ()
			②				続柄 ()
			③				続柄 ()
④						続柄 ()	
返納できない理由(督促履歴等) 保険証を返納しようと自宅やカバン等を探したが、見つからない ため返納できませんのでお届けします。 後日見つかった場合は、返納いたします。							
被保険者およびその家族に発行された証が不正に使用された場合は、被保険者が一切の責任を負います。							
被保険者氏名 健保 太郎							

署名

上記のとおり健康保険被保険者証が回収不能と認められ、回収不能届を提出しました。

事業主が証明し、健康保険組合へ提出します。

出