

常務理事	事務長	課長	係長	主任	係

健康保険被保険者証回収不能・滅失届

記号	番号	被保険者の氏名 性別・生年月日 (男・女) 昭・平 年 月 日	
被保険者の住所		電話番号 () -	
資格取得日	昭和・平成・令和 年 月 日	資格喪失日	令和 年 月 日
回収不能・滅失の対象者	氏名		続柄
	被保険者	(氏) (名)	本人
	被扶養者	(氏) (名)	
	被扶養者	(氏) (名)	
	被扶養者	(氏) (名)	
	被扶養者	(氏) (名)	
	被扶養者	(氏) (名)	
被保険者証の返納方を督促した状況		令和 年 月 日	
		令和 年 月 日	
		令和 年 月 日	

※任意継続被保険者の方は事業主欄の記入は不要です。

事業主欄	上記のとおり、被保険者証が回収不能であるため届出いたします。 なお、被保険者証が回収できたときは、ただちに返納いたします。	
	令和 年 月 日	
	事業所所在地 〒 -	
	事業所名称	
	事業主氏名 (印)	
電話番号 () -		

受付日付印

※事業主の押印については、署名(自筆)の場合は省略できます。

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	
	(印)