

| | | | | | |
|------|-----|----|----|----|---|
| 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 | 20 | 番号 | 212 | 被保険者の氏名 性別・生年月日 | 健保 太郎 (男)・女) 昭)・平成 32 年 6 月 8 日 |
| 被保険者の住所 | 〒 650 - △△△△ 神戸市中央区○○○・・・ | | | | 電話番号 (078) ××× - ○○○○ |
| 資格取得日 | 昭和・平成) 令和 31 年 4 月 1 日 | 資格喪失日 | 令和 1 年 5 月 1 日 | | |
| 回収不能・滅失の対象者 | 氏名 | | 続柄 | 被保険者証を返納できない理由 | |
| | 被保険者 | (氏) 健保 (名) 太郎 | 本人 | 無断欠勤が続いて、そのまま退職したため。 | |
| | 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 1 年 5 月 3 日 電話で連絡したが応答せず | | | | |
| | 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 1 年 5 月 20 日 | |
| | 事業所所在地 | 〒 650 - ×××× 神戸市中央区□□□・・・ |
| | 事業所名称 | 株式会社 サニー港運 |
| | 事業主氏名 | 代表取締役社長 組合 次郎 (印) |
| 電話番号 | (078) ○○○ - ×××× | |

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) |

