

健康保険被保険者証 回収不能届

※資格喪失届に保険証の添付ができない時はこの届出と一緒に提出してください。

被保険者証 記号		番号	
被保険者氏名			
被保険者の現住所 (又は最後の住所)	〒		
被保険者の電話番号			
資格喪失日	令和 年 月 日		
退職の理由	労働者の判断 / 事業所の判断 / 定年 / その他 ()		
回収不能の理由			
被扶養者の有無	無 ・ 有 (有の場合は氏名を記入のこと)		
	氏名	氏名	
	氏名	氏名	
高齢受給者証の有無	無 ・ 有 (有の場合は氏名を記入のこと)		
	氏名	氏名	

被保険者証の返納を督促した状況 (具体的に記入のこと)

令和 年 月 日	手段：文書(普通郵便/書留郵便) / 電子メール / 電話 / その他()
結果：	担当：
令和 年 月 日	手段：文書(普通郵便/書留郵便) / 電子メール / 電話 / その他()
結果：	担当：
令和 年 月 日	手段：文書(普通郵便/書留郵便) / 電子メール / 電話 / その他()
結果：	担当：

被保険者が紛失により被保険者証の返納ができないための確認事項 に✓をお願いします。

<input type="checkbox"/> 被保険者証を発見した場合、直ちに被保険者証を返却します。
<input type="checkbox"/> 被保険者証が万一悪用されても、健保組合には一切迷惑をかけません。
<input type="checkbox"/> この✓項目は、被保険者本人が確認しました。

届出日 令和 年 月 日

事業所所在地
事業所名称
事業主氏名

事業所確認	