

※督促	年 月 日
※回収	年 月 日

常務理事	事務長	課長	担当

健康保険被保険者証回収不能・滅失届

被保険者証の記号・番号		記号								番号				
被保険者であった者の氏名・住所		氏名								住所				
回収不能等の対象者	被扶養者番号	氏名			生年月日				性別	続柄	高齢受給者証 交付 返納		被保険者証を返納できない理由	
	0 0	被保険者	(氏)	(名)	昭和 平成 令和					男 女	本人	有 ・ 無		有 ・ 無
		被扶養者	(氏)	(名)	昭和 平成 令和					男 女		有 ・ 無		有 ・ 無
		被扶養者	(氏)	(名)	昭和 平成 令和					男 女		有 ・ 無		有 ・ 無
		被扶養者	(氏)	(名)	昭和 平成 令和					男 女		有 ・ 無		有 ・ 無
		被扶養者	(氏)	(名)	昭和 平成 令和					男 女		有 ・ 無		有 ・ 無
		被扶養者	(氏)	(名)	昭和 平成 令和					男 女		有 ・ 無		有 ・ 無

上記の者について、被保険者証(高齢受給者証)が回収不能であるため届出します。なお、被保険者証を回収したときは、ただちに返納します。

令和 年 月 日

事業所所在地
事業所名称
事業主氏名

- ※ この届は被保険者証を返納できない場合に提出します。
- ※ 被保険者証が滅失によって回収不能の時は滅失の詳しい理由(盗難、遺失、焼失、紛失等)の証明書又はそれを記した本人の始末書を添付して下さい。
- ※ 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。

⑤
受付印

手書きで作成
B5又はA4用紙使用
(うら紙使用付加)

始末書

所属

氏名

印

今般、私の保管不始末により、健康保険被保険者証を紛失しました事は誠に申し訳なく存じます。

今後このような事の無き様十分留意致します。

尚、この件に係わる全責任は私にあり、今後損害等が発生した際は、健康保険組合に対し一切ご迷惑をお掛けしない事を誓約致します。

平成 年 月 日

丸全昭和運輸健康保険組合 理事長 殿