

# 資格喪失時 健康保険被保険者証 滅失届・回収不能届

常務理事	事務長	担当者	担当者

被保険者証の 記号・番号	—	被保険者 氏名		被保険者 住所 電話番号	〒 - ( ) -
被保険者 生年月日	昭和 平成 年 月 日	被扶養者の 有・無	有 ( ) 人 無		( ) -

## 滅失届

滅失の理由 (滅失した場所や状況、理由等を詳しく記入してください)		
遠隔地証を滅失 した場合 (具体的に該当者を、記入してください)	被扶養者氏名	備考
<p>上記のとおり、健康保険被保険者証を滅失してしまいましたが、今後は取扱いに十分注意いたします。                  なお、この被保険者証を発見したときは、ただちに返納いたします。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>住所</p> <p>被保険者</p> <p>氏名</p> <p style="text-align: right;">印</p>		

## 回収不能届

被保険者の資格 を取得した日	平成 年 月 日	被保険者の資格 を喪失した日	平成 年 月 日
解退職の事由			
被保険者および被 扶養者の傷病 状況や近況など			
被保険者証の返納 を促した状況	平成 年 月 日		
	平成 年 月 日		
	平成 年 月 日		
<p>上記のとおり、被保険者証を回収することができません。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>事業所所在地 〒 -</p> <p>事業所名称</p> <p>事業主氏名</p> <p>電話</p> <p style="text-align: right;">印</p>			

届出は、わかる範囲でご記入ください。