※この用紙は資格喪失後、保険証を返却出来ない場合に異動届と一緒に提出して下さい。

常務理事	事務長	係

健康保険被保険者証回収不能・滅失届

健康保険被保険者証		被保険者の氏名	生年月日 (昭・平・令)			性別	事業所の名称	所属
記号	番号		年	月	日			
被保険者の住所						備考		

回収不能等の対象者	被保険者	氏名		生年月日			性別	続柄	高齢受給者証		被保険者証を返納できない理由
		(氏)	(名)	年	月	日			交付	返納	
被扶養者		氏名		生年月日			性別	続柄	高齢受給者証		理由
		(氏)	(名)	年	月	日			交付	返納	
			昭平令								
			昭平令								
			昭平令								
			昭平令								

【事業主記載欄】

確認(チェック)欄 ☐	上記の通り、被保険者から健康保険被保険者証の回収不能・滅失申請がありましたので提出いたします。 なお、被保険者証を回収したときは、ただちに返納します。
事業所所在地	〒 ー
事業所名称	
事業主氏名	
電話	

令和 年 月 日 提出

受付日付印

記入例

健康保険被保険者証回収不能・滅失届

常務理事	事務長	係

健康保険被保険者証		被保険者の氏名	生年月日 (昭・平・令)			性別	事業所の名称	所属
記号	番号		年	月	日			
10	12345	東亜 太郎	2	11	23	男	東亜合成 本社	人事G
被保険者の住所		東京都〇〇区〇〇町1-1-1			備考			

回収不能等の対象者	被保険者	氏名		生年月日			性別	続柄	高齢受給者証		被保険者証を返納できない理由	
		(氏)	(名)	年	月	日			交付 有・無	返納 有・無		
				上記に同じ			上記に 同じ	本人	有・無	有・無		
被 扶 養 者		東亜	花子	昭 平 令	2	12	22	男 女	妻	有・無	有・無	外出中に落としたため
		(氏)	(名)	昭 平 令	年	月	日	男 女		有・無	有・無	
		(氏)	(名)	昭	年	月	日	男 女		有・無	有・無	
		(氏)	(名)	昭	年	月	日	男 女		有・無	有・無	
		(氏)	(名)	昭 平 令	年	月	日	男 女		有・無	有・無	

対象者が複数名いる場合は、
対象者を全て記入してください。

【事業主記載欄】

確認(チェック)欄 ☐	上記の通り、被保険者から健康保険被保険者証の回収不能・滅失申請がありましたので提出いたします。 なお、被保険者証を回収したときは、ただちに返納します。
事業所所在地	〒 -
事業所名称	
事業主氏名	
電話	

令和 年 月 日 提出

受付日付印