

# 健康保険 被保険者証（ 回収不能・滅失 ）届

被 保 険 者 情 報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の		<input type="checkbox"/> 昭和			
			<input type="checkbox"/> 平成			
			<input type="checkbox"/> 令和			
氏名	(フリガナ)					
住所	(〒 - )		都	道		
			府	県		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( )					

対象者にチェックを入れてください。

対 象 者	<input type="checkbox"/> 被保険者(本人)分	返納できない理由	
	<input type="checkbox"/> 被扶養者(家族)分	※下記に被扶養者について記入してください。	
	被扶養者氏名	生年月日	返納できない理由
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	
備考			

事 業 主 証 明 欄	事業所所在地	上記の者について、被保険者証が(回収不能・滅失)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。	・任意継続被保険者の 方は事業主欄の記入 は不要です。
	事業所名称	(〒 - )	
	事業主氏名		
	電話番号		

※この届出は被保険者証を返納できない場合に提出します。  
※回収不能対象者には、後日、被保険者あてに「健康保険被保険者証の無効のお知らせ」を送付します。

(2023.4)

受付日付印

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄