

健康保険被保険者証回収不能届

被 保 険 者 欄	被保険者等 記号・番号	記号		番号		決裁日令和 年 月 日
	氏 名	昭和・平成 年 月 日生				常務理事
	生 年 月 日					事務長
	事業所名					係
備考欄						

回 収 不 能 の 対 象 者 (該当項目に☑)	☐	被保険者（本人）分			
	☐	被扶養者分			
		氏 名	生 年 月 日		続柄
			昭・平・令 年 月 日生		
			昭・平・令 年 月 日生		
回 収 不 能 の 理 由	滅失した日	年 月 日			
	状況（できるだけ詳細に）				
警察への届出		警察署	受理年月日	年 月 日	
上記に記載したとおり、被保険者証が回収不能であるため届出します。 万一事故が生じて私において一切の責任を負います。 なお、後日被保険者証を発見したときは、直ちに返納します。 年 月 日 被保険者 住所 氏名					

事 業 主 欄	上記の者について、被保険者証が回収不能であるため届出します。 年 月 日 事業所 所在地 名称 事業主 氏名・印				

この届書は、「被保険者資格喪失届」、「被扶養者異動届」、「資格確認書(再)交付申請書」等を提出するときに、対象となる被保険者証を滅失したため添付できない場合に提出ください。