

健康保険 被保険者証 高齢受給者証 回収不能/滅失届
資格確認書 限度額適用認定証

① 健康保険の記号番号	—	② 被保険者の氏名		③ 生年月日	昭和・平成 年 月 日
④ 被保険者の住所					
⑤ 回収不能等の対象者	氏 名	生年月日	続柄	回収不能・滅失の証 (○を付してください)	返納できない理由
	被保険者	上 記 に 同 じ	本人	被保険者証 資格確認書 高齢受給者証 限度額適用認定証	
	被扶養者	昭和 平成 令和 年 月 日		被保険者証 資格確認書 高齢受給者証 限度額適用認定証	
	被扶養者	昭和 平成 令和 年 月 日		被保険者証 資格確認書 高齢受給者証 限度額適用認定証	
	被扶養者	昭和 平成 令和 年 月 日		被保険者証 資格確認書 高齢受給者証 限度額適用認定証	
	被扶養者	昭和 平成 令和 年 月 日		被保険者証 資格確認書 高齢受給者証 限度額適用認定証	

R6.12

上記の者について、被保険者証等が回収不能/滅失であるため届出します。
 なお、被保険者証等を回収したときは、ただちに返納します。

令和 年 月 日 所在地 事業所 名称 事業主 氏 名 電 話 番 号 ()

受付日付印

◎この届は、資格喪失や被扶養者削除などの際、証を返納できない場合に提出します。