

健康保険被保険者証等  滅失届  回収不能

部 長	課 長	係 長	主 任	係

被 保 険 者 情 報	記号	番号	生年月日
	被保険者証の (右づめ)	<input type="text"/>	元号 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	氏名	(フリガナ) (氏) (名)	個人番号
住所	(〒 - )	都 道 府 県	
電話番号 (日中の連絡先)	( )		

対 象 者	氏名	生年月日	続柄	返納不能な証区分
	個人番号	元号 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日		<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 限度額認定証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> その他( )
	氏名	生年月日	続柄	返納不能な証区分
	個人番号	元号 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日		<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 限度額認定証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> その他( )
	氏名	生年月日	続柄	返納不能な証区分
	個人番号	元号 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日		<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 限度額認定証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> その他( )
	氏名	生年月日	続柄	返納不能な証区分
	個人番号	元号 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日		<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 限度額認定証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> その他( )

返納不能のとき	被保険者	<input type="checkbox"/> 破棄をした	<input type="checkbox"/> その他 ( )
	事業主	<input type="checkbox"/> 返納督促をした	→ <input type="checkbox"/> 連絡はとれた <input type="checkbox"/> 音信不通
	医療機関へ受診中の被保険者又は被扶養者の有無	<input type="checkbox"/> 有 → 医療機関名 <input type="checkbox"/> 不明	所在地

滅失の場合は記入	誓 約 書
	<p>このたび健康保険被保険者証等を滅失してしまいましたが、後日発見した時は、直ちに返納いたします。          なお、滅失した被保険者証等が不正に使用され、損害が発生した場合は私が一切の損害を補償することを誓約いたします。          上記のとおり届出いたします。</p>
	年 月 日 氏名

事業主証明欄	上記のとおり被保険者証等を回収できません。
	年 月 日 提出
	〒 -
	事業所所在地
	事業所名称 事業主氏名 電話番号 ( )

受付日付印
-------

確認日付印
-------