

健康保険被保険者等各証

☒ 減失届

☐ 回収不能

部	長	課	長	係	長	主	任	係

被 保 険 者 情 報	記号	番号	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入して下さい						
	被保険者等 記号・番号 (右づめ)	9999	10						
	氏名	(フリガナ) ケンポ イチロウ 健保 一郎	生年月日	元号 昭和	年 4	月 6	日 05	10	
住所	(〒 000 - 0000) 愛知 都府県	〇〇市〇〇町〇〇〇							
電話番号 (日中の連絡先)	000 (0000) 0000								

対 象 者	氏名	生年月日	続柄	返納不能な証区分	
	健保 一郎	元号 昭和 年 4 月 6 日 05 10	本人	☐ 被保険者証	☒ 限度額認定証
	個人番号			☐ 高齢受給者証	☐ 資格確認書
	氏名	生年月日	続柄	返納不能な証区分	
		元号 年 月 日		☐ 被保険者証	☐ 限度額認定証
				☐ 高齢受給者証	☐ 資格確認書
	個人番号				
	氏名	生年月日	続柄	返納不能な証区分	
		元号 年 月 日		☐ 被保険者証	☐ 限度額認定証
				☐ 高齢受給者証	☐ 資格確認書
個人番号					
氏名	生年月日	続柄	返納不能な証区分		
	元号 年 月 日		☐ 被保険者証	☐ 限度額認定証	
			☐ 高齢受給者証	☐ 資格確認書	
個人番号					

返 納 不 能 の と き	被保険者	☒ 破棄をした	☐ その他 ()
	事業主	☐ 返納督促をした	→ ☐ 連絡はとれた ☐ 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	☐ 有 → 医療機関名 所在地	☒ 無 ☐ 不明

誓約書

このたび健康保険被保険者等各証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、滅失した被保険者等各証が不正に使用され、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。

令和 〇 年 〇 月 〇 日

氏名 健保 一郎

事 業 主 証 明 欄	上記のとおり被保険者等各証を回収できません。	受付日付印	確認日付印
	令和 〇 年 〇 月 〇 日 提出		
	〒 000 - 0000		
	事業所所在地 愛知県〇〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号		
	事業所名称 〇〇〇農業協同組合		
事業主氏名 代表理事組合長 〇〇 〇〇			
電話番号 000 (0000) 0000			