

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

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	高齡受給者証 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	高齡受給者証 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	高齡受給者証 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	高齡受給者証 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	高齡受給者証 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。