

健康保険
被保険者証回収不能・滅失届

常務理事	事務長	課長	係長	担当者

事業主が記入するところ	被保険者証 記号・番号	-		被保険者氏名	
	被保険者住所	〒 - 電話 - -			
	取得年月日	昭和 平成 年 月 日 令和	被保険者喪失年月 日、又は、被扶養 者削除年月日	令和 年 月 日	
	回収不能等の 対象者	氏 名	続柄	被保険者証を回収できない理由	
	回収不能等の 対象者 に対する 返納督促状況	返納督促年月日 令和 年 月 日	返納督促の方法および経過		

被被 保険 者が証 記を 入滅 す失 した とた こ時 ろに	滅失した日	令和 年 月 日	滅失した場所	
	滅失した ときの状況			
	<p>以上のとおり被保険者証を滅失しました。</p> <p>被保険者証を発見したときは、速やかに返納します。 令和 年 月 日</p> <p>住所</p> <p>被保険者 氏名</p> <p>電話 - -</p>			

事業主が証明するところ	上記の者について、被保険者証（高齢受給者証）が回収不能であるため届出します。なお、被保険者証を回収したときは、ただちに返納します。			
	令和 年 月 日			
	事業所所在地			
	事業所名称			
事業主氏名				

（千葉県トラック健康保険組合）

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

受付印