

常務理事	事務長	担当	被証	投入	処理月

健康保険 被保険者証 資格確認書 高齢受給者証 **回収不能届**

被保険者の記号・番号	記号		番号	
個人番号 (マイナンバー)				
※記号・番号または個人番号のいずれかを記載ください。				
被保険者氏名		男・女	昭・平 令	年 月 日生
被保険者住所	〒 電話			
事業所名称	電話			
被保険者証(又は資格確認書)、 高齢受給者証を滅失(紛失)した者	氏名	性別	続柄	生年月日
		男・女		昭・平 令 年 月 日
		男・女		昭・平 令 年 月 日
		男・女		昭・平 令 年 月 日
滅失(紛失)した理由	日時 場所 状況			
	最後に受診した医療機関名			
	受診者 受診日			
	警察署名 届出日 受付No.			
上記のとおり回収不能届を提出します。 なお今後被保険者証(又は資格確認書)、高齢受給者証を滅失したりすることのないようにその使用・保管について十分注意するとともに、後日滅失した証を発見したときはただちに返納し、不正に使用されることのないように注意します。				

***この届は、紛失等の為に被保険者証(又は資格確認書)、高齢受給者証を返却できない場合に提出してください。**
***盗難や自宅以外で滅失した場合は、警察署に届出ください。**

確認欄	<input type="checkbox"/>	この申請については、①又は②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している。
-----	--------------------------	---

上記のとおり被保険者証を回収することができません。 なお、被保険者証を回収したときは、ただちに返納いたします。	
事業所所在地	
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	

 健保組合
 受付印