

※催促	令	年	月	日
※回収	令	年	月	日

## 健康保険被保険者証(高齢受給者証)回収不能届及び滅失届

常務理事	事務長		

被保険者の記号・番号		記号		番号			
被保険者であった者の氏名・住所		氏名		住所			
被扶養者番号	氏名 (氏) (名)	生年月日 大昭平令 年 月 日	性別	続柄	受給者証		被保険者証を返納できない理由(該当印○印)
					交付	返納	
被保険者	(氏) (名)	大昭平令 年 月 日	男女	本人	有・無	有・無	1. 滅失/紛失:滅失時状況を( )へ記入 ( ) 2. 3回以上催促するも返納に応じないため 3. その理由 ( )
被保険者	(氏) (名)	大昭平令 年 月 日	男女		有・無	有・無	1. 滅失/紛失:滅失時状況を( )へ記入 ( ) 2. 3回以上催促するも返納に応じないため 3. その理由 ( )
被保険者	(氏) (名)	大昭平令 年 月 日	男女		有・無	有・無	1. 滅失/紛失:滅失時状況を( )へ記入 ( ) 2. 3回以上催促するも返納に応じないため 3. その理由 ( )
被保険者	(氏) (名)	大昭平令 年 月 日	男女		有・無	有・無	1. 滅失/紛失:滅失時状況を( )へ記入 ( ) 2. 3回以上催促するも返納に応じないため 3. その理由 ( )
被保険者	(氏) (名)	大昭平令 年 月 日	男女		有・無	有・無	1. 滅失/紛失:滅失時状況を( )へ記入 ( ) 2. 3回以上催促するも返納に応じないため 3. その理由 ( )
被保険者	(氏) (名)	大昭平令 年 月 日	男女		有・無	有・無	1. 滅失/紛失:滅失時状況を( )へ記入 ( ) 2. 3回以上催促するも返納に応じないため 3. その理由 ( )
1回目	令和 年 月 日	催促	電話・メール・文書・口頭・その他( )				
2回目	令和 年 月 日	催促	電話・メール・文書・口頭・その他( )				
3回目	令和 年 月 日	催促	電話・メール・文書・口頭・その他( )				
4回目	令和 年 月 日	催促	電話・メール・文書・口頭・その他( )				

\* 催促方法は実施日記入/催促方法○で囲んでください。  
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

事業主名

受付印



※ この届は被保険者証を返納できない場合(喪失/抹消/新証更新時等)に提出。  
資格があり再交付が必要な場合には、健康保険被保険者証滅失毀損届及び再交付申請書を提出してください。  
※ 事業主の押印については、署名(自筆)の場合は省略できます。