

常務理事	事務長	担当者

健康保険被保険者証等滅失届

◎この届は被保険者証等を返納できない場合に提出します。

被保険者の記号・番号		記号	番号	被保険者の資格を喪失した日		昭5 平7 令9	年	月	日	
被保険者であった者の氏名・住所		氏名	印	住所						
被扶養者番号		氏名		生年月日			性別	続柄	返納できない理由	
0	0	被保険者	(氏)	(名)	昭5 平7 令9	年	月	日	男 1. 女 2.	本人
		被扶養者	(氏)	(名)	昭5 平7 令9	年	月	日	男 1. 女 2.	
		被扶養者	(氏)	(名)	昭5 平7 令9	年	月	日	男 1. 女 2.	
		被扶養者	(氏)	(名)	昭5 平7 令9	年	月	日	男 1. 女 2.	
		被扶養者	(氏)	(名)	昭5 平7 令9	年	月	日	男 1. 女 2.	
		被扶養者	(氏)	(名)	昭5 平7 令9	年	月	日	男 1. 女 2.	

上記の者について、被保険者証等が回収不能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。

事業所所在地	〒 -
事業所名称	
事業主氏名	印
電話番号	()

令和 年 月 日提出

受付印

社会保険労務士記載欄 氏名等