

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	111		番 号	1		被保険者の資格を喪失した日		昭5 平7 令9	9	0	6	0	1	0	1
被保険者であった者の氏名・住所		氏 名	健保 太郎			住 所	〒111-1111 東京都品川区西五反田2-2-10										
回収不能等の対象者	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) 健保	(名) 太郎	昭5 平7 令9	0	1	0	1	0	1	男 1. 女 2.	本人	引っ越しの際、誤って廃棄してしまったため			
		被扶養者	(氏) 健保	(名) 花子	昭5 平7 令9	0	1	1	0	1	0	男 1. 女 2.	妻	同上			
		被扶養者	(氏)	(名)	昭5 平7 令9							男 1. 女 2.					
		被扶養者	(氏)	(名)	昭5 平7 令9							男 1. 女 2.					
		被扶養者	(氏)	(名)	昭5 平7 令9							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	
電話番号	()

令和 年 月 日提出
社会保険労務士記載欄 氏名等

受付印