

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	年	06	月	01	日	01		
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					
	00	被保険者	(氏) 健保 太郎	(名) 太郎	昭5 平7 令9	01	01	01	男 女2.	本人	引っ越しの際、誤って破棄してしまったため			
		被扶養者	(氏) 健保 花子	(名) 花子	昭5 平7 令9	01	10	10	男 女2.	妻	同上			
		被扶養者	(氏)	(名)	昭5 平7 令9				男 女2.					
		被扶養者	(氏)	(名)	昭5 平7 令9				男 女2.					
		被扶養者	(氏)	(名)	昭5 平7 令9				男 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

受付印

社会保険労務士記載欄 氏名等