

健康保険 被保険者証 資格確認書 (回収不能・滅失) 届

※ 決 済 欄	常務理事	事 務 長	業務課長	担 当 者

事業主が記入するところ	① 被保険者等 記号・番号	—		② 被保険者 氏 名		
	③ 記号・番号がわからない場合は「マイナンバー」を記入してください。 — —					
	④ 被 保 険 者 住 所	〒 — TEL ()				
	⑤ 資格取得日	H ・ R	年 月 日	⑥ 資格喪失日	H ・ R	年 月 日
	⑦ 回収できない理由					
	⑧ 回収できない者の 氏名・続柄	氏名		続柄	氏名 続柄	
		氏名		続柄	氏名 続柄	
	⑨	督 励 し た 日		督 励 の 方 法 、 お よ び 結 果		
		年 月 日				
		返 納 を 督 励 し た		年 月 日		
状 況		年 月 日				
【 注 意 事 項 】 1. 表題(回収不能か滅失)、「被保険者が記入するところ」、および「事業主が証明するところ」は、被保険者証または資格確認書の該当する項目を「○」で囲んでください。 2. 被保険者の転居先が不明なときは、回送された返納督励文書、およびその封筒を添付してください。 3. 資格喪失後は、当組合の健康保険は、絶対に使用しないようご指導ください。なお、当該被保険者が、資格喪失後に受診したときは、健康保険分の医療費の返還を請求します。 4. この届書を提出後も、引き続き当該被保険者に対して、督励してください。 5. ※欄は、記入しないで下さい。						

被保険者証または資格確認書を滅失したときに被保険者が記入するところ	⑩ 滅失した者の 氏名・続柄	氏名	続柄	氏名	続柄
	⑪ 滅失した日	年 月 日	⑫ 滅失した場所		
	⑬ 滅失したときの状況 若しくは滅失が判明したときの状況				
上記のとおり、被保険者証・資格確認書 を滅失しました。 被保険者証・資格確認書 を発見したときは、ただちに返納いたします。 令和 年 月 日 ⑭ 住 所 氏 名 TEL ()					
事業主が証明するところ	この届書のとおり、被保険者証・資格確認書 を回収できません。 おって、今後も回収につとめ、回収できたときは、ただちに返納いたします。 令和 年 月 日 ⑮ 事業所 所在地 名 称 事業主 氏 名				
※ 回 収 年月日	年 月 日		※ 担当者印	※ 受 付 印 整理 番号	