

※督促	年 月 日
※回収	年 月 日

理事長	常務理事	事務長		係員

健康保険被保険者証回収不能・滅失届（記入例）

◎この届は被保険者証を返納できない場合に提出します。
◎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。

被保険者証の記号・番号		記号	12		番号	34		被保険者の資格を喪失した日 (退職日の翌日)		令和 2年 4月 1日	
被保険者であった者の氏名・住所		氏名	健保 太郎		住所	東京都渋谷区千駄ヶ谷△-△-△					
被扶養者番号	氏名	氏名	生年月日			性別	続柄	高齢受給者証		被保険者証を返納できない理由	
			年	月	日			交付	返納		
00	被保険者	健保 太郎	昭5 平7 令9	01	06	10	男1. 女2.	本人	有. 無	有. 無	連絡がとれず回収できないため
	被扶養者	健保 花子	昭5 平7 令9	04	11	17	男1. 女2.	妻	有. 無	有. 無	”
	被扶養者		昭5 平7 令9				男1. 女2.		有. 無	有. 無	
	被扶養者		昭5 平7 令9				男1. 女2.		有. 無	有. 無	
	被扶養者		昭5 平7 令9				男1. 女2.		有. 無	有. 無	
	被扶養者		昭5 平7 令9				男1. 女2.		有. 無	有. 無	

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 2年 4月 ○日提出

(受付日付印)

事業所所在地	〒151-0000		
事業所名称	東京都渋谷区千駄ヶ谷○-○-○		
事業主氏名	株式会社○○○○		
電 話	代表取締役 ○○ ○○		
	03 (○○○○局) ○○○○番		

社会保険労務士の提出代行者印	
	Ⓜ

サザビーリーグ健康保険組合