

健康保険 被保険者証 回収不能・滅失届

T05

被保険者情報	記号	氏 名			生 年 月 日			常務理事	事務局長	課 長		担 当 者	
	番号				昭和 平成	年	月	日					
回収不能等対象者	本人	◎被保険者分を回収不能・滅失したときは、 <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。						返納できない理由	◎該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。				
		<input type="checkbox"/> 被保険者分の回収不能・滅失を届け出る							<input type="checkbox"/> 回収不能 <input type="checkbox"/> 滅 失				
	家族	◎下記に回収不能・滅失した被扶養者について記入してください。							◎上記に至る経緯を説明してください。				
		被 扶 養 者 氏 名			生 年 月 日				被保険者証を回収したとき、又は滅失した被保険者証を発見したときは、ただちに返納します。				
			昭和 平成 令和	年	月	日							
			昭和 平成 令和	年	月	日	備 考						

令和 年 月 日 提出

受付日付印

事業主証明欄	上記のとおり返納できないため届出します。 なお、滅失届は申請者本人（被保険者）が作成又は記載内容について誤りがないことを確認したものです。	
	事業所所在地	
	事業所名称	
	事業主氏名	

社会保険労務士の提出代行者名記載欄