

健康保険 高齢受給者証 回収不能・滅失届

K11-3

被保険者情報	記号		氏 名		生 年 月 日				
	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					
			昭和	年	月	日			
備 考								高齢受給者証を回収したとき、又は滅失した高齢受給者証を発見したときは、ただちに返納します。	

◎滅失：盗難・遺失・焼失・紛失

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	

◎別紙「資格確認書 回収不能・滅失届 の記入方法と記入例」をご参照ください。（高齢受給者証について準用します。）

社会保険労務士の提出代行者名記載欄