

決 裁			
常務理事	事務長	主任	担当

健康保険 資格喪失者用 被保険者証返却不能届

《注意事項》

1. 被保険者または被扶養者が資格を喪失する時に、被保険者証を返却できない場合に提出してください。
2. 被保険者証を紛失した場合は、念のため警察にも届出をおこなってください。
3. 届出を行った被保険者証が発見された場合は、速やかに健保組合まで返却してください。

*太枠線内を記入してください

提出日	令和 年 月 日	備考	
被記 保 者 証 番 号	記 号	番 号	被保 險 者 名 (フリガナ)
従 業 員 番 号		事 業 所 (会 社) 名 称	所 属 ・ 電 話
			(TEL :)
退 職 者 の 場 合			
退 職 年 月 日		郵 便 番 号	現 住 所
平 ・ 令	年 月 日		都 道 府 県
電 話 番 号			
自 宅		携 帯	

健康保険被保険者証を返却できませんので下記の通りお届け致します。

返却できない被保険者証の 対象者 (対象者分に○をしてください)	1	被保険者 (本人) 分			
	2	被扶養者 (家族) 分 ※該当者を下欄に記入してください			
		氏 名	続 柄	氏 名	続 柄
返却できない理由の詳細 (状況を詳しく 記入してください)	例：引っ越しの際に誤ってゴミに紛れて廃棄してしまった、誤って自己廃棄してしまった 等 ※「紛失のため」のみでは受理できません				

事業所コード	この届出については、①または②の要件を満たしたものです。 ① 申請者本人 (被保険者) が作成したものである。② 記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している。
事業所所在地	
事業所名称	
事業所担当者	事業主氏名
年 月 日 氏名：	社会保険労務士の 提 出 代 行 者

受付日付印