

健康保険 被保険者証 滅失 回収不能 届

健康保険被 保険者証の	記号		番号		被保険者氏名		性別	男・女	生年月日	3. 昭和 4. 平成 6. 令和	年	月	日
被保険者証 対象者区分		1. 被保険者分 2. 被扶養者分			被扶養者氏名		性別	男・女	生年月日	3. 昭和 4. 平成 6. 令和	年	月	日
滅失したとき							回収ができないとき						
被 保 険 者 証 を	滅失した日	令和 年 月 日			解雇または退職の理由								
	滅失した場所				被保険者であった者の状況 (就職先など)								
	滅失した理由 (くわしく)				被 保 険 者 を	回収できない 理由 (くわしく)							
						回収するために 督促した状況							
上記被保険者証を発見した時は直ちに返納します。							返納については、今後さらに回収に努めるとともに被保険者の資格喪失に際しては、健康保険被保険者証の回収に十分注意します。						
令和 年 月 日							令和 年 月 日						
住所 被保険者の 氏名 印							住所 事業主の 氏名 印						

静岡県自動車整備健康保険組合

確認	下記の要件を満たしている場合は上記被保険者の氏名欄の印を省略できますので確認欄にチェックをして下さい。
<input type="checkbox"/>	※ この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 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。

- 注意：
1. この届書は、資格喪失届に添えて返納すべき被保険者証を滅失または回収できない場合に資格喪失届に添えて提出すること。
 2. 標記の滅失・回収不能の文字は該当する方を○印で囲むこと。