

健康保険
被保険者証・資格確認書
回収不能・滅失届

常務理事	事務長	課長	適用主任	担当者

【記入例】

と事業主が記入するところ	被保険者等記号・番号	① 999 - 9999	被保険者氏名	② 健保 太郎
	被保険者住所	③ 〒 123 - 4567 電話 012 - 3456 - 7890 千葉県習志野市△△○-○-○		
	取得年月日	④ 昭和 平成 25年 4月 1日 令和	被保険者喪失年月日、又は、被扶養者削除年月日	⑤ 令和 6年 12月 1日
	回収不能等の対象者	⑥		
	回収不能等の対象者に対する返納督促状況	⑦		

こし被保険者に被保険者証・資格確認書が記入するところと失	滅失した日	⑧ 令和 6年 11月 15日	滅失した場所	⑨ 自宅
	滅失したときの状況	⑩ 自宅を掃除しているうちに、紛失してしまった		
	被保険者証・資格確認書を発見したときは、速やかに返納します。	令和 6年 11月 30日		
	住所	⑪ 千葉県習志野市△△○-○-○		
	被保険者氏名	健保 太郎		
	電話	012 - 3456 - 7890		

事業主が証明するところ	上記の者について、被保険者証・資格確認書が回収不能であるため届出します。なお、被保険者証・資格確認書を回収したときは、ただちに返納します。		
	⑫	令和 6年 12月 1日	
	事業所所在地	千葉県習志野市菫浜○-○-○	
	事業所名称	千葉県トラック運送㈱	
	事業主氏名	〇〇 〇〇	

【記入のポイント】

間違えた場合は、二重線で訂正し
余白に正しいものを記入して下さい。
※修正ペン・修正テープ使用不可

<事業主が記入するところ>

- 被保険者等記号・番号
被保険者証または資格情報のお知らせ、資格確認書に記載されています。
- 被保険者氏名
被保険者氏名をご記入ください。
- 被保険者の郵便番号、住所、電話番号をご記入ください。
- 被保険者の資格取得年月日をご記入ください。
- 被保険者資格喪失年月日、又は、被扶養者削除年月日をご記入ください。
- 回収不能等の対象者の氏名、続柄、被保険者証・資格確認書を回収できない理由をご記入ください。
- 回収不能等の対象者に対する返納督促状況をご記入ください。
※滅失の場合は記入不要です。

【例】

回収不能等の対象者に対する返納督促状況	返納督促年月日	返納督促の方法および経過
令和 6年 12月 5日	電話連絡するも不通	
令和 6年 12月 10日	電話連絡するも不通	
令和 6年 12月 15日	手紙送付	

<被保険者が記入するところ>

- 滅失した日をご記入ください。
- 滅失した場所をご記入ください。
- 滅失したときの状況をご記入ください。
- 記入した日付、被保険者の住所、氏名、電話番号をご記入ください。

<事業主が証明するところ>

- 証明した日付、事業所所在地、事業所名称、事業主氏名をご記入ください。

※状況に応じて追加の書類を依頼、または健保より確認の連絡をする場合がございますので、あらかじめご了承ください。

(千葉県トラック健康保険組合)

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

受付印