

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

事業主が記入するところ	被保険者等 記号・番号	-		被保険者氏名	
	被保険者住所	〒 - 電話 - -			
	取得年月日	昭和 平成 年 月 日 令和	被保険者喪失年月 日、又は、被扶養 者削除年月日	令和 年 月 日	
	回収不能等の 対象者	氏 名	続柄	被保険者証・資格確認書を回収できない理由	
	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 令和 年 月 日	返納督促の方法および経過		

た被 時に 保 険 者 証 ・ 被 保 険 ・ 資 格 確 認 書 が 記 入 す る と 滅 失 し る	滅失した日	令和 年 月 日	滅失した場所	
	滅失した ときの状況			
	<p>以上のおり被保険者証・資格確認書を滅失しました。</p> <p>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 年 月 日</p> <p>住所</p> <p>被保険者氏名</p> <p>電話 - -</p>			

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。			
	令和 年 月 日			
	事業所所在地			
	事業所名称			
事業主氏名				

(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