

常務理事	事務長			担当者

記入例 1/2

(資格喪失に伴う)被保険者証滅失・回収不能届

※この届は被保険者証を返納できない場合に提出します
※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と訂正した方の氏名（サイン）をご記入ください。

被 保 険 者 情 報	被保険者証 記号・番号	100	-	XXXX	資格喪失日	令和 元 年 5 月 1 日	
	被保険者の 氏 名	健保 太郎				被保険者の 生年月日	昭和 50 年 8 月 12 日 生 平成
	被保険者の 現住所 及び 最後の連絡先	(〒000-0000) (電話 - -) 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇一〇					

回 収 不 能 の 保 険 証 情 報	●回収不能の保険証はどなたの分ですか（該当する番号に○）					
	1	被保険者本人（本人が保持しているもの）		2	被扶養者家族（家族が保持しているもの）	
	●回収不能の保険証の該当情報を記入					
	氏 名	(フリガナ)	性別	生年月日		続柄
			1. 男 2. 女	S・H・R 年 月 日 生		
	氏 名	(フリガナ)	性別	生年月日		続柄
		1. 男 2. 女	S・H・R 年 月 日 生			
氏 名	(フリガナ)		生年月日		続柄	
			S・H・R 年 月 日 生			

元被保険者(本人)が記入してください。

●該当するほうにチェックを付けて、以下必要な項目を記入してください。

本 人	☒ 滅失のとき	保険証紛失の為、返納できないとき
	<滅失した状況（詳細に）> ・警察への届出は必須ですので、届出後にご提出ください。 気付いたら紛失していた	
	警察への届出	H 元 年 5 月 7 日 に 江坂警察署 へ届出済 受付番号 : 12345
	上記の通り滅失いたしました。発見の際には直ちに返納いたします。 なお、未返納の健康保険被保険者証による保険給付事故等が発生した場合は私が責任を負います。 発見の際には、直ちに返納いたします。	
	被保険者（自署） 氏 名 健保 太郎	
事 業 主	☐ 未返納のとき	被保険者が保険証を返納しないとき
	<未返納の理由> （該当する番号に○） 1.退職後、所在不明で連絡がとれないため 2.再三督促するも返納に応じないため 3.その他（ ）	
	<保険証について返納督促の経過>	

事 業 主 欄	上記の通り、被保険者証が回収できず返納できないため、届出いたします。 令和 元年 8 月 26 日		受 付 印
	事業主 住所	〇〇県〇〇市〇〇一〇 (株)フレッシュダスキン 氏名 代表取締役 島 大作	

常務理事	事務長			担当者

記入例 2/2

(資格喪失に伴う)被保険者証滅失・回収不能届

※この届は被保険者証を返納できない場合に提出します

※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と訂正した方の氏名（サイン）をご記入ください。

被 保 険 者 情 報	被保険者証 記号・番号	100	-	XXXX	資格喪失日	令和 元 年 5 月 1 日	
	被保険者の 氏 名	健保 太郎			被保険者の 生年月日	昭和 50 年 8 月 12 日 生 平成	
	被保険者の 現住所 及び 最後の連絡先	(〒000-0000) (電話 - -) 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇一〇					

回 収 不 能 の 保 険 証 情 報	●回収不能の保険証はどなたの分ですか（該当する番号に○）				
	1	被保険者本人（本人が保持しているもの）	2	被扶養者家族（家族が保持しているもの）	
	●回収不能の保険証の該当情報を記入				
	氏 名	(フリガナ)	性別	生年月日	続柄
			1. 男 2. 女	S・H・R 年 月 日 生	
	氏 名	(フリガナ)	性別	生年月日	続柄
		1. 男 2. 女	S・H・R 年 月 日 生		
氏 名	(フリガナ)	性別		続柄	
		1. 男 2. 女			

事業所担当者が記入してください。

●該当するほうにチェックを付けて、以下必要な項目を記入してください。

本 人		事 業 主	
☐ 滅失のとき	保険証紛失の為、返納できないとき	☒ 未返納のとき	被保険者が保険証を返納しないとき
<滅失した状況（詳細に）> ・警察への届出は必須ですので、届出後にご提出ください。		<未返納の理由> （該当する番号に○） 1. 退職後、所在不明で連絡がとれないため 2. 再三督促するも返納に応じないため 3. その他（ ）	
警 察 へ の 届 出	H・R 年 月 日 に へ届出済	<保険証について返納督促の経過> 7/1 書留にて返納依頼（インターネットで着確認） 7/8 14：35本人携帯にTEL（コールのみ留守電ならず） 7/10 10：20本人携帯にTEL（コールのみ留守電ならず） 7/12 16：05本人携帯にTEL（コールのみ留守電ならず） 7/23 13：50本人携帯にTEL（コールのみ留守電ならず） 8/5 特定記録にて返納依頼（インターネットで着確認） 8/19 11：50本人携帯にTEL（コールのみ留守電ならず） 8/23 17：50本人携帯にTEL（コールのみ留守電ならず）	
	受付番号：		
	上記の通り滅失いたしました。発見の際には直ちに返納いたします。 なお、未返納の健康保険被保険者証による保険給付事故等が 発生した場合は私が責任を負います。 発見の際には、直ちに返納いたします。		
被保険者 （自署） 氏 名			

事 業 主 欄	上記の通り、被保険者証が回収できず返納できないため、届出いたします。 令和 元年 8月 26日		受 付 印
	事業主 住所	〇〇県〇〇市〇〇一〇 (株)フレッシュダスキン	
	氏名	代表取締役 島 大作	