

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・資格確認書返却不能届

《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・資格確認書を返却できない場合に提出してください。
2. 被保険者証・資格確認書を紛失した場合は、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・資格確認書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 等 番 号	記 号	番 号	被 氏 保 氏 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・資格確認書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・ 資格確認書の対象者 (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