

資格喪失時の健康保険被保険者証

滅失届
回収不能

常務理事	事務長	課長	主任	係

① 被保険者証の 記号番号	—	② 被保険者の氏名 及び性別	男 女	③ 生年月日	昭 平	年	月	日
------------------	---	-------------------	--------	--------	--------	---	---	---

④ 被保険者の現住所又は最後の住所	〒 —
-------------------	-----

⑤ 資格取得年月日	昭・平・令	年	月	日	⑥ 資格喪失年月日	令和	年	月	日
-----------	-------	---	---	---	-----------	----	---	---	---

滅失のとき	回収不能のとき
-------	---------

⑦ 滅失した日	令和	年	月	日	⑩ 解雇又は退職の理由
---------	----	---	---	---	-------------

⑧ 滅失した場所		⑫ 回収できない理由並びに 返納を督促した状況
----------	--	----------------------------

⑨ 滅失した理由 (詳しく)	
-------------------	--

⑩ 被保険者又は被扶養者が 現在受診中であるか	受診中 ない	受診中である時は、医療機関の名称・所在地	⑬ 被保険者又は被扶養者が 現在受診中であるか	受診中 ない わからない	受診中である時は、医療機関の名称・所在地
----------------------------	-----------	----------------------	----------------------------	--------------------	----------------------

上記のとおり被保険者証を滅失しましたが
発見したときは、ただちに返納します。

令和 年 月 日

被保険者住所

氏名 ㊟

上記のとおり届出いたします。

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名 ㊟

名古屋木材健康保険組合理事長 殿

上記のとおり被保険者証を回収することができないため、届出いたします。
なお、今後とも回収に努めることを誓約します。

令和 年 月 日

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名 ㊟

名古屋木材健康保険組合理事長 殿