

健康保険証 滅失届 回収不能

常務理事	事務長	課長	係長・主任	係

被 保 險 者	記号	番号	資格取得	昭和・平成・令和 年 月 日	資格喪失	令和 年 月 日		健保受付日付印		
	氏名		フリガナ	生年月日	昭和・平成 年 月 日	性別	男・女			
	被保険者の現住所 又は最後の住所		〒		電話 () -					
対象者		被保険者・被扶養者全員 被保険者のみ 被扶養者のみ（名前 ）								
滅失した理由または対象者の近況（出来るだけ詳しく記入してください）										
被保険者証発見の際の返納誓約（滅失の場合記入）					被保険者証の回収状況（回収不能の場合記入）					
上記のとおり被保険者証を滅失しましたので届出ますが、後日この保険証を発見した際は、ただちに返納することを誓約します。 令和 年 月 日 名古屋鉄道健康保険組合 殿 被保険者 勤務地 氏名 印					督促した日		具体的な内容			
					令和	年	月	日		
					令和	年	月	日		
					令和	年	月	日		
					令和	年	月	日		
事業主の証明		上記の通り届出があり、調査の結果相違ないことを証明する。		事業所の名称・所在地 事業主の氏名 印						