

# 記入例

健康保険 資格喪失者 被保険者証等返却不能届

健康保険組合		
常務理事	事務長	扱者

《注意事項》

1. 被保険者のかたは被扶養者が資格を喪失する時に、被保険者証を返却できない場合に提出してください。
2. 被保険者証を紛失した場合は、念のため警察にも紛失の届出を行ってください。
3. 届出を行った被保険者証が発見された場合には、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。

①	記入日	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日		↓被保険者氏名は手書きをお願い致します。		
②	被保険者等 記号・番号	記号 1	番号 12345	被保険者 氏名	(フリガナ) ケンボ タロウ  健保 太郎	
	被保険者の勤務する事業所名称 ※任意継続者は記入不要				所属・電話 ※任意継続者は記入不要	
③	〇〇〇〇株式会社				△△部 (TEL 〇〇〇-〇〇〇〇)	
	退職者の場合					
④	退職年月日		住所 ※転居する予定の場合は、転居後の住所を記入してください。			
	年	月	日	〒	〇〇〇 - 〇〇〇〇	都 道
	令和	〇〇	〇	〇〇	〇〇	府 県
電話番号 ※日中連絡がつく電話番号を記入してください。						
自宅		△△ - △△△△ - △△△△	携帯		××× - ×××× - ××××	

⑤	返却できない証について 記入してください	交付対象者氏名	続柄	返却できない証の種類
		健保 太郎	本人	1. 健康保険被保険者証 2. 限度額適用認定証 3. 高齢受給者証 4. 特定疾病療養受療証 5. その他( )
				1. 健康保険被保険者証 2. 限度額適用認定証 3. 高齢受給者証 4. 特定疾病療養受療証 5. その他( )
				1. 健康保険被保険者証 2. 限度額適用認定証 3. 高齢受給者証 4. 特定疾病療養受療証 5. その他( )
返却できない理由		(状況を詳しく記入してください)		
		自宅にて保管していた。返却しようと捜したが、所在不明。		

《記入要領》

① 記入日

記入した日を記入してください。

② 被保険者等記号・番号、被保険者氏名

記号・番号を記入してください。

被保険者の氏名・フリガナを記入してください。

③ 事業所(会社)名称、所属・電話

所属する事業所(会社)名及び所属部署と電話番号を記入してください。

④ 退職者の場合

被保険者(従業員)の退職に伴う届出の場合に記入してください。

⑤ 返却できない証について記入してください

返却できない証についての情報を記入してください。

事業所所在地	
事業所名称	
事業主名	印

受付印