

常務理事	事務長	担当

健康保険被保険者証紛失及び回収不能届

健康保険者証の記号・番号		—	回収不能保険者証 対象者名		
氏名				性別	男・女
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日				
住所	〒				
資格取得 年月日	昭和・平成 年 月 日				
事業所名称					
所在地	〒				
担当者記載欄	紛失事由				
事業主記入	回収不能事由	1. 上記事由のため 2. 3.			
	誓約	後日被保険者証を回収できた時は、ただちに事業主を通じて健康保険組合へ返納します。 万一紛失した被保険者証が不正に使用された場合は、私が一切の責任を負います。			

平成 年 月 日

事業所の所在地 〒

事業所名称

事業主氏名

印

中部アイティ産業健康保険組合理事長 殿

1. この届は、被保険者証を返納することのできない者、または健康保険資格喪失者が被保険者証を返納する事ができない場合に提出するものです。
2. この届を提出するときは、紛失者自身の始末書を添えること。
3. 本人が出社しない場合は、回収不能事由欄は具体的に記入すること。(資格喪失者等)