

# 健康保険高齢受給者証 滅失・回収不能届

常務理事	事務長	課長	係

① 当該者情報	被保険者証の記号番号		被保険者証氏名	
	被保険者証住所	〒 ー		
	対象者氏名		高齢受給者証発効年月日	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日

② 事業主が記入するところ	回収できない理由			
	被保険者に返納を督促した状況	督促した日	督促の方法及び結果	
		<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和		
		<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和		
		<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和		

③ 高齢受給者証を滅失したときに被保険者が記入するところ	滅失した日	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和	滅失した場所	
	滅失したときの状況			
	上記のとおり、高齢受給者証を滅失しました。 おって、高齢受給者証を発見したときは、直ちに返納します。 令和 年 月 日			
	被保険者住所			
	被保険者氏名		電話	( )

④ 事業主が証明するところ	④ 以上のとおり、高齢受給者証を回収できませんでした。 おって、今後も回収につとめ、回収できたときは直ちに返納します。 令和 年 月 日			
	事業所所在地			
	事業所名称			
	電話番号			
	事業主氏名			印

(注意事項) 被保険者の住所が不明の場合は、返却された返納督促文書等を添付してください。

社会保険労務士の提出代行者印	
	印

※ 回収不能による届出の場合は、①、②、④をご記入ください。  
※ 滅失による届出の場合は①と③をご記入ください。

受付印

巨樹の会健康保険組合