

受 付	令和 年 月 日
番 号	大塚健保第 号

常務理事	事務長	課 長	担 当

健康保険 被保険者証回収不能届

被 保 険 者 証 回 収 不 能 届	被保険者証の記号・番号	—		被保険者氏名			
	生 年 月 日	☐ 昭 ☐ 平 ☐ 令 年 月 日		性 別	☐ 男 ☐ 女		
	事 業 所 名 称						
	被 保 険 者 住 所						
	回 収 不 能 対 象 者	フリガナ		性 別	生 年 月 日	続 柄	
		氏 名					
				☐ 男 ☐ 女	☐ 昭 ☐ 平 ☐ 令 年 月 日		
				☐ 男 ☐ 女	☐ 昭 ☐ 平 ☐ 令 年 月 日		
				☐ 男 ☐ 女	☐ 昭 ☐ 平 ☐ 令 年 月 日		
				☐ 男 ☐ 女	☐ 昭 ☐ 平 ☐ 令 年 月 日		
入	紛失した日時・場所・状況(詳しく)						
	令和 年 月 日 午前・午後 時頃(不明なときは推定) 場所 : 状況 :						
	誓 約	後日、被保険者証を発見したときは、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。					
事 業 主 記 入	回 収 不 能 事 由	1. 上記事由のため					
	誓 約	今後は被保険者証を紛失しないように十分指導監督します。					

令和 年 月 日

事業所所在地
事業所名称
事業主氏名

大塚製薬健康保険組合理事長 殿

1. この届は被保険者資格喪失時に被保険者証を返却できない時にご提出ください。
2. 被保険者の記入欄は自筆でご記入ください。