

常務理事	事務長	部長	課長	係長	係員

被保険者証 滅失 ・ 回収不能届

届出の種類	1. 資格喪失届 2. 被扶養者異動届 3. 変更・訂正届 (氏名、生年月日)				
記号	番号	被保険者氏名		生年月日	
				昭和 平成	年 月 日
資格取得年月日		住所	〒 _____		
昭和 平成 令和	年 月 日		TEL (_____)		
事業所	名称				
	所在地				

被保険者証を滅失した者				
続柄	滅失した者の氏名	生年月日	性別	滅失した理由
		昭和 平成 令和 年 月 日	男・女	
		昭和 平成 令和 年 月 日	男・女	
		昭和 平成 令和 年 月 日	男・女	
		昭和 平成 令和 年 月 日	男・女	

上記に記載したとおり、被保険者証を滅失しましたが、今後は、十分取扱いに注意いたします。
なお、被保険者証を発見したときは、直ちに返納いたします。

被保険者 住所
氏名

※本人の押印・署名の省略にあたり、事業主が被保険者に届出意思を確認した場合は右記の「届出意思確認済」の口に✓を付してください。 届出意思確認済

被保険者証を回収できない理由	1. 本人へ連絡不能のため 2. 本人から後日返納予定 3. その他 (_____)
社会保険労務士の提出代行者印	

令和 年 月 日提出

東京中央卸売市場健康保険組合 殿

上記のとおり、被保険者から健康保険被保険者証を回収できませんので
お届け致します。なお、被保険者証を回収したときは、直ちに返納いた
します。

受付年月日

事業所所在地
事業所名称
事業主氏名
連絡先 (_____)

常務理事	事務長	部長	課長	係長	係員

健康保険証回収不能届

事業所記号			
番号	被保険者氏名	健康保険証が回収できない被保険者・被扶養者氏名及び続柄	該当する項目にチェックを入れてください。
		()	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> その他 ()
		()	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> その他 ()
		()	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> その他 ()
		()	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> その他 ()
番号	被保険者氏名	健康保険証が回収できない被保険者・被扶養者氏名及び続柄	該当する項目にチェックを入れてください。
		()	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> その他 ()
		()	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> その他 ()
		()	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> その他 ()
		()	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> その他 ()
番号	被保険者氏名	健康保険証が回収できない被保険者・被扶養者氏名及び続柄	該当する項目にチェックを入れてください。
		()	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> その他 ()
		()	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> その他 ()
		()	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> その他 ()
		()	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> その他 ()
番号	被保険者氏名	健康保険証が回収できない被保険者・被扶養者氏名及び続柄	該当する項目にチェックを入れてください。
		()	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> その他 ()
		()	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> その他 ()
		()	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> その他 ()
		()	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> その他 ()

東京中央卸売市場健康保険組合 殿

上記のとおり、被保険者から健康保険証を回収できませんのでお届け致します。なお、健康保険証を回収したときは、直ちに返却いたします。

受付日付印

事業所所在地	〒 _____		
事業所名称	_____		
事業主氏名	_____		
電話	(_____)	_____	番