

# 健康保険 被保険者証 / 資格確認書 滅失届兼回収不能届

記入例

被保険者情報	被保険者証の (左づめ) ①	記号	番号	生年月日	年	月	日
		2 0 1	0 0 0 0 0 0	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	5	5	0 1 0 1
	氏名	(フリガナ) ケンボ タロウ	記号・番号は「マイナポータル」「資格情報のお知らせ」「資格確認書(保険証)」に記載されています。 不明な場合は未記入でご提出ください。				
	住所	(〒 5 0 9 - 0 2 0 6 )					
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 0574 ( 26 ) 0000	携帯電話	080 - 0000 - 0000				

※「電話番号(日中の連絡先)」または「携帯電話番号」について必ず記入してください。

氏名	生年月日	性別	高齢受給者証		被保険者証を返納できない理由
			交付	返納	
健保 花子	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 55年 11月 1日	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	誤ってゴミと一緒に 捨ててしまった
②	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
備考					

滅失された方全員をご記入ください。

上記の者について、回収不能であるため届出します。

令和 6 年 12 月 5 日

事業主欄	事業所所在地	(〒 - )
	事業所名称	事業主に提出し証明を受けてください
	事業主氏名	
	電話	( )

社会保険労務士記載欄

氏名等

受付日付印

※この届は有効期限内の被保険者証・資格確認書を返納出来ない場合に提出します。  
※被保険者証は2025.12.1までの有効期限となり、2025.12.2以降は本届は不要となります。