

資格喪失後・被扶養者削除・有効期限後の 減失届  
 被保険者証・高齢受給者証・限度額適用認定証・特定疾病療養受療証 回収不能

		課	長	係	長	係	員

被保険者証 の記号・番号		被保険者 氏名	男・女	被保険者 生年月日	昭・平	年	月	日	
被保険者の現住所 または最後の住所	〒 -								
資格取得年月日	昭・平・令	年	月	日	資格喪失年月日	令和	年	月	日
◆ 減失のとき(なくしたとき)					◆ 回収不能のとき(連絡がとれないとき)				
証を減失された方の氏名	続柄	証の種別 ※該当するものに○を付してください。			証を回収できない方の氏名	続柄	証の種別 ※該当するものに○を付してください。		
		被保険者証 ・ 特定疾病療養受療証 限度額適用認定証(有効期限:平・令年月日) 高齢受給者証(有効期限:平・令年月日)					被保険者証 ・ 特定疾病療養受療証 限度額適用認定証(有効期限:平・令年月日) 高齢受給者証(有効期限:平・令年月日)		
		被保険者証 ・ 特定疾病療養受療証 限度額適用認定証(有効期限:平・令年月日) 高齢受給者証(有効期限:平・令年月日)					被保険者証 ・ 特定疾病療養受療証 限度額適用認定証(有効期限:平・令年月日) 高齢受給者証(有効期限:平・令年月日)		
		被保険者証 ・ 特定疾病療養受療証 限度額適用認定証(有効期限:平・令年月日) 高齢受給者証(有効期限:平・令年月日)					被保険者証 ・ 特定疾病療養受療証 限度額適用認定証(有効期限:平・令年月日) 高齢受給者証(有効期限:平・令年月日)		
減失した年月日	令和	年	月	日	回収できない 理由および返納 を督促した状況				
減失した場所	(場所)				退職の理由				
減失した理由 (詳しく)	(理由)				<p>※未回収証により、資格喪失後受診が判明した場合は事業主様へご一報させていただく場合がありますのでご了承ください。</p> <p>上記のとおり回収できませんのでお届けします。なお今後も回収に努めることを誓約いたします。</p> <p>令和 年 月 日</p>				
上記のとおり減失しましたが、発見したときにはただちに返納いたします。 なお、減失した被保険者証等の不正使用など生じた節には、その損害の一切を私が保障することを誓約いたします。 令和 年 月 日					事業所の所在地 名称 事業主の氏名				
被保険者の氏名					事業所の所在地 名称 事業主の氏名				
事業所の所在地 名称 事業主の氏名					事業所の所在地 名称 事業主の氏名				
愛鉄連健康保険組合 理事長 殿					愛鉄連健康保険組合 理事長 殿				