

資格喪失後・被扶養者削除・有効期限後等

滅失
回収不能届

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・資格確認書

		課長	係長	係員

被保険者の記号・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		〒 ー							
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		
◆ 滅失のとき（なくしたとき）					◆ 回収不能のとき（連絡がとれないとき）				
証を滅失された方の氏名		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(有効期限:平・令 年 月 日) 資格確認書						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(有効期限:平・令 年 月 日) 資格確認書
			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(有効期限:平・令 年 月 日) 資格確認書						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(有効期限:平・令 年 月 日) 資格確認書
			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(有効期限:平・令 年 月 日) 資格確認書						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(有効期限:平・令 年 月 日) 資格確認書
滅失した年月日		令和 年 月 日							
滅失した場所 滅失した理由 (詳しく)		(場所) (理由)							
		回収できない理由および返納を督促した状況							
		退職の理由							
上記のとおり滅失しましたが、発見したときにはただちに返納いたします。 なお、滅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 被保険者の氏名					※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。 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。 令和 年 月 日				
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					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				