

健康保険 資格確認証等 回収不能・滅失届

記号・番号	-	事業所の名称	
被保険者氏名		被保険者生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
被保険者住所	〒 - TEL () -		

回収不能・滅失等の対象者	氏名	生年月日	続柄	証の種別（該当するものにレ点）	返納できない理由	
		昭和 平成 令和 年 月 日			<input type="checkbox"/> 資格確認証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受領証 <input type="checkbox"/> 被保険者証	
		昭和 平成 令和 年 月 日			<input type="checkbox"/> 資格確認証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受領証 <input type="checkbox"/> 被保険者証	
		昭和 平成 令和 年 月 日			<input type="checkbox"/> 資格確認証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受領証 <input type="checkbox"/> 被保険者証	
		昭和 平成 令和 年 月 日			<input type="checkbox"/> 資格確認証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受領証 <input type="checkbox"/> 被保険者証	

上記に記載したとおり、私は_____を滅失致しました。 滅失した旧証によって生じる一切の責任を負うとともに、旧証を発見したときは、ただちに返納することを誓約致します。 <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> サンゲツ健康保険組合 理事長 殿 被保険者氏名 _____ ㊞	上記の者について、_____が回収不能であるため届出します。 尚、旧証を回収したときは、ただちに返納致します。 <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> サンゲツ健康保険組合 理事長 殿 事業所所在地 名古屋市西区幅下一丁目4番1号 事業所名称 株式会社サンゲツ 代表者氏名 代表取締役 近藤 康正 印
---	--

<備考>

- ・ 回収不能の場合は、被保険者の誓約は不要です。

常務理事	事務長	係	係	受付印