

常務理事	事務長	部長	課長	確認者	扱者

健康保険高齢受給者証回収不能届及び滅失届

事業主が記入するところ	被保険者証の記号番号	記号 番号	被保険者の氏名		
	被保険者の住所	〒			
	対象者氏名		高齢受給者証 交付年月日		
	回収できない理由				
	被保険者に返納を督促した状況	督促した日	督促の方法及び結果		
	令和 年 月 日				
	令和 年 月 日				
	令和 年 月 日				
	令和 年 月 日				

高齢受給者証を滅失したときに被保険者が記入するところ	滅失した日	平成 令和 年 月 日	滅失した場所	
	滅失したときの状況			
	うえのとおり、高齢受給者証を滅失しました。おって、高齢受給者証を発見したときは、ただちに返納します。 令和 年 月 日 被保険者住所 被保険者氏名 電話 ()			

事業主が証明するところ	この届書のとおり、高齢受給者証を回収できません。おって、今後も回収につとめ、回収できたときはただちに返納します。 令和 年 月 日		
	事業所所在地	事業所名称	電話番号
	事業主氏名		

(注意事項)被保険者の住所が不明の場合は、返却された返納督促文書等を添付してください。

社会保険労務士の提出代行者

【事業主記載欄】

確認(チェック)欄 <input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> 被保険者に届出意思を確認しました。 記載内容について誤りがないか被保険者本人が確認しています。
---------------------------------------	--

受付印
