

健康保険 被保険者証回収不能・滅失届

申請書は、黒のボールペン等を使用し、楷書で枠内に丁寧に記入ください。

<注意> 回収不能手数料（1枚につき1,000円）を下記口座へ入金、または当健保組合へご持参ください。

入金口座：埼玉りそな銀行 宮原支店 普通 No.0093292 埼玉県金属加工健康保険組合

（※振込依頼人は必ず事業所名称を入力してください。）

被保険者情報	被保険者証の (左づめ)	記号 	番号 	生年月日 ☐昭和 ☐平成 ☐令和 年 月 日
	氏名	フリガナ		
	住所	〒 都 道 府 県		
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()	携帯電話	— —

回収不能等の対象者欄	氏名	生年月日	被保険者証	返納できない理由
		☐昭和 ☐平成 ☐令和 年 月 日	☐滅失 ☐回収不能	
		☐昭和 ☐平成 ☐令和 年 月 日	☐滅失 ☐回収不能	
		☐昭和 ☐平成 ☐令和 年 月 日	☐滅失 ☐回収不能	
		☐昭和 ☐平成 ☐令和 年 月 日	☐滅失 ☐回収不能	
備考				

事業主欄	上記の者について、被保険者証が回収不能であるため届出いたします。 なお、被保険者証を回収したときは、ただちに返納いたします。	年 月 日
	〒 TEL (ハイフン除く)	
	事業所所在地	
	事業所名称 事業主氏名	

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	
-----------------------	--

健保組合使用欄（以下は記入しないでください）

常務理事	事務長	課長	係長	係

受付日付印