

健康保険 資格確認書（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> 被保険者証が回収不能の場合（資格確認書については手数料不要）

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	被保険者の (左づめ)	記号 	番号 	生年月日 ☐昭和 年 月 日 ☐平成 ☐令和	
	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 ☐昭和 年 月 日 ☐平成 年 月 日 ☐令和	資格確認書 被保険者証 ☐滅失 ☐回収不能	返納できない理由
		☐昭和 年 月 日 ☐平成 年 月 日 ☐令和	☐滅失 ☐回収不能	
		☐昭和 年 月 日 ☐平成 年 月 日 ☐令和	☐滅失 ☐回収不能	
		☐昭和 年 月 日 ☐平成 年 月 日 ☐令和	☐滅失 ☐回収不能	
	備考			

事 業 主 欄	上記の者について、資格確認書（被保険者証）が回収不能であるため届出いたします。		年 月 日
	なお、資格確認書（被保険者証）を回収したときは、ただちに返納いたします。		
	〒	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