

事業所番号

健康保険被保険者証／資格確認書 高齡受給者証 限度額適用認定証

滅失・回収不能届

【記入例】

被保険者(申請者) → 事業所名 → ENEOSグループ健康保険組合

(提出日) 令和〇〇年〇〇月〇〇日

マネージャー	担当者
--------	-----

常務理事	事務長	担当者
------	-----	-----

私(申請者)は、保険者証発行の確認に必要な個人情報をENEOSグループ健康保険組合が使用することについて、この届出により承諾いたします。

被保険者	記号	〇〇〇〇	番号	〇〇〇〇〇〇〇	返納の事由(該当にレ点)
現住所	〇〇県〇〇市〇〇町〇丁目〇〇-〇〇				<input type="checkbox"/> 更新 <input checked="" type="checkbox"/> 資格喪失 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日喪失
所属	総務部				※ 返納できない理由を詳しく記載のこと 引越しの時に紛失した。
氏名	健保 太郎				※ 屋外で紛失の場合は警察へご連絡ください。 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日警察へ届け済み
対象者	続柄	性別	生年月日	返納できない証を○で囲んでください。	届書提出後の回収日
健保 太郎	本人	男・女	昭和・平成・令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	被保険者証	資格確認書・高齡受給者証・限度額適用認定証
健保 花子	妻	男・女	昭和・平成・令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	被保険者証	資格確認書・高齡受給者証・限度額適用認定証
		男・女	昭和・平成・令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	被保険者証	資格確認書・高齡受給者証・限度額適用認定証
		男・女	昭和・平成・令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	被保険者証	資格確認書・高齡受給者証・限度額適用認定証

事業主証明欄

上記の者について、証が返納できないため届出します。
なお、証を回収したときは、ただちに返納します。

令和 年 月 日

住所

事業所

事業主

受付日付印

<個人情報保護関係>
情報の管理方法等は、当健保組合ホームページに詳細が揭示されています。