健康保険　被保険者証／資格確認書（被保険者・被扶養者）　回収不能・滅失届

被保険者等の 記号・番号	・	被保険者の 氏　　名	
被保険者の 住　　所	〒　　－ 電　話　　（　　）		

常務理事		事務長					

※下記の枠内は、記入しないでください。（健康保険組合で使用します）

	氏　　名	区　分	資格喪失（削除）年月日	返納できない理由	回収催促通知	回収催促通知
対象者		本　人	令　和 年　月　日	□ 保険証　□ 資格確認書 1.　回収依頼中 2.　滅　失	令和　年　月　日発送 令和　年　月　日回収	令和　年　月　日発送 令和　年　月　日回収
対象者		家　族	令　和 年　月　日	□ 保険証　□ 資格確認書 1.　回収依頼中 2.　滅　失	令和　年　月　日発送 令和　年　月　日回収	令和　年　月　日発送 令和　年　月　日回収
対象者		家　族	令　和 年　月　日	□ 保険証　□ 資格確認書 1.　回収依頼中 2.　滅　失	令和　年　月　日発送 令和　年　月　日回収	令和　年　月　日発送 令和　年　月　日回収
対象者		家　族	令　和 年　月　日	□ 保険証　□ 資格確認書 1.　回収依頼中 2.　滅　失	令和　年　月　日発送 令和　年　月　日回収	令和　年　月　日発送 令和　年　月　日回収

上記の者について、被保険者証もしくは資格確認書が回収不能であるため届出します。なお、回収をしたときは、ただちに返納します。
なお今後、回収不能のないように注意すると共に今回の回収不能の被保険者証もしくは資格確認書によって保険給付事故発生の場合は事業主において解決の責任を負います。

令和　　年　　月　　日

大阪装粧健康保険組合理事長　殿

事業所所在地	
事業所名称	
事業主氏名	
電　　話	