常務理事	事務長	部　長	課　長	係　長	係

健康保険　高齢受給者証(被保険者・被扶養者)　回収不能・滅失届

被保険者証 記号・番号	・	被保険者 氏　　名		被保険者 住　　所	〒　　－ 電話　　(　　)

					※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	保険証を返納できない理由	保険証　回収催促通知	保険証　回収催促通知
対象者		**本　人**	令　和 年　月　日	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	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	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	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、被保険者証が回収不能であるため届出します。なお、被保険者証を回収したときは、ただちに返納します。
なお今後、被保険者証の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