

健康保険被保険者証滅失届（退職時回収不能届）

被保険者記入欄			
保険証記号	保険証番号	被保険者氏名	事業所名
滅失した者の氏名			
滅失したときの事由（詳しく記入して下さい。）			
滅失年月日 令和 年 月 日 時 分頃			
滅失した場所			
滅失した状況			
上記事由のとおり、私の不注意により健康保険被保険者証を滅失いたしましたので滅失届を提出いたします。			
滅失により健康保険組合に損害をかけたときは私が責任をもって賠償します。			
令和 年 月 日			
被保険者氏名			印

上記について事実と相違ありません。			
令和 年 月 日			
事業所所在地			
事業所名称			
健康保険担当部課長氏名			印