

康保険被保険者証

本人
家族

滅失・回収不能 届

被保険者証の 記号番号				被保険者氏名 及び性別	男 女	生年 月日	昭・平 令 年 月 日
被保険者現住所又は 最後の住所		〒 -					
資格取得年月日		昭和・平成・令和 年 月 日		資格喪失年月日		昭和・平成・令和 年 月 日	
滅失のとき				回収不能のとき			
滅失した日				退職又は解雇の理由			
滅失した 場所				回収できない理由 (詳しく)			
滅失した 理由 (詳しく)							
被保険者又は被扶養者が 現在受診中であるかどうか		ある → 医療機関名 ない ()		返納を督促した状況		令和 年 月 日	令和 年 月 日
						令和 年 月 日	令和 年 月 日
上記のとおり被保険者証を滅失しましたが、発見したときは直ちに返納します。 令和 年 月 日 被保険者の住所 氏名 上記のとおりお届けします。 事業所の所在地 名称 事業主の氏名 岐阜県プラスチック事業健康保険組合 理事長 殿				上記のとおり被保険者証を回収することができませんのでお届けします。 なお、今後とも回収に努めます。 令和 年 月 日 事業所の所在地 名称 事業主の氏名 岐阜県プラスチック事業健康保険組合 理事長 殿			
事後処 理状況		返納を督促した状況		証返年月日			