

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													
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				
事後処 理状況		返納を督促した状況			証返年月日																													