

資格喪失後・被扶養者抹消・有効期限後の 滅失 届 被保険者証・高齢受給者証・限度額適用認定証・特定疾病療養受療証 回収不能

決裁	常務理事	事務長	課長	係長	係員

被保険者証の記号・番号	被保険者氏名及び性別	男・女	被保険者生年月日	昭和 平成	年	月	日		
被保険者の現住所または最後の住所		〒							
資格取得年月日	平成	年	月	日	資格喪失年月日	平成	年	月	日

滅失のとき（紛失したとき）	回収不能のとき（連絡等がとれないとき）
---------------	---------------------

証を滅失された方の氏名	続柄	証の種別 該当するものに を付してください。	証を回収できない方の氏名	続柄	証の種別 該当するものに を付してください。
		・被保険者証 ・特定疾病療養受療証 ・高齢受給者証 ・限度額適用認定証			・被保険者証 ・特定疾病療養受療証 ・高齢受給者証 ・限度額適用認定証
		・被保険者証 ・特定疾病療養受療証 ・高齢受給者証 ・限度額適用認定証			・被保険者証 ・特定疾病療養受療証 ・高齢受給者証 ・限度額適用認定証
		・被保険者証 ・特定疾病療養受療証 ・高齢受給者証 ・限度額適用認定証			・被保険者証 ・特定疾病療養受療証 ・高齢受給者証 ・限度額適用認定証
		・被保険者証 ・特定疾病療養受療証 ・高齢受給者証 ・限度額適用認定証			・被保険者証 ・特定疾病療養受療証 ・高齢受給者証 ・限度額適用認定証

滅失した年月日	平成	年	月	日	回収できない理由 および返納を催促 した状況
滅失した場所 (わかる範囲で)					
滅失した理由 (くわしく)					

上記の通り滅失しましたが、発見したときにはただちに返納します。 平成 年 月 日	上記の通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、今後も回収に努めることを誓約します。 平成 年 月 日
被保険者の住所 氏名 印	事業所の所在地 名称 事業主の氏名 印
事業所の所在地 名称 事業主の氏名 印	
愛知県情報サービス産業健康保険組合 殿	愛知県情報サービス産業健康保険組合 殿