|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 課　　長 | 係　　長 | 係　　員 |
|  |  |  |  |  |

**資格喪失後・ 被扶養者削除 ・有効期限後の**

**届**

**滅　　失**

**回収不能**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証の記号・番号 |  |  | 被保険者氏名 |  | 男・女 | 被保険者生年月日 | 昭　平 令 | 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 | 昭・平・令 | 年　　　月　　　日 | 資格喪失年月日 | 令和 | 年　　　月　　　日 |
| **◆　滅　失　の　と　き（なくしたとき）** | **◆　回　収　不　能　の　と　き（連絡がとれないとき）** |
| 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・限度額適用認定証（有効期限：平・令　年　月　日）高齢受給者証 （有効期限：平・令　年　月　日） |  |  | 被保険者証 特定疾病療養受療証・限度額適用認定証（有効期限：平・令　年　月　日）高齢受給者証 （有効期限：平・令　年　月　日） |
|  |  | 被保険者証 特定疾病療養受療証・限度額適用認定証（有効期限：平・令　年　月　日）高齢受給者証 （有効期限：平・令　年　月　日） |  |  | 被保険者証 特定疾病療養受療証・限度額適用認定証（有効期限：平・令　年　月　日）高齢受給者証 （有効期限：平・令　年　月　日） |
|  |  | 被保険者証 特定疾病療養受療証・限度額適用認定証（有効期限：平・令　年　月　日）高齢受給者証 （有効期限：平・令　年　月　日） |  |  | 被保険者証 特定疾病療養受療証・限度額適用認定証（有効期限：平・令　年　月　日）高齢受給者証 （有効期限：平・令　年　月　日） |
|  |  | 被保険者証 特定疾病療養受療証・限度額適用認定証（有効期限：平・令　年　月　日）高齢受給者証 （有効期限：平・令　年　月　日） |  |  | 被保険者証 特定疾病療養受療証・限度額適用認定証（有効期限：平・令　年　月　日）高齢受給者証 （有効期限：平・令　年　月　日） |
| 滅失した年月日 | 令和　 　　年　 　　月 　　　日 | 回収できない理由および返納を督促した状況 |  |
| 滅失した場所（わかる範囲で）滅失した理由（くわしく） | （場所）（理由） |
| 退職の理由 |  |
| 上記のとおり滅失しましたが、発見したときにはただちに返納します。　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日被保険者の住所　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | ※未回収証により、資格喪失後受診が判明した場合は事業主様へご一報させていただく場合がありますのでご了承ください。 |
| 上記のとおり回収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。　　令和　　年　　月　　日事業所の所在地　　　　名　称事業主の氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞愛鉄連健康保険組合 理事長 殿 |
| 事業所の所在地　　　　名　称事業主の氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞愛鉄連健康保険組合 理事長 殿 |

**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**

【令和1年5月1日改】