

【提出先】① 株式会社カネカ在籍の方・任意継続被保険者⇒健康保険組合へ

② ①以外の方⇒お勤め先の健康保険担当部署

※申請書はメール添付不可です。原紙をご提出ください

●添付書類とともに提出してください。添付書類は記入例をご確認ください。

常務理事	事務長	係	係

健康保険被保険者証 回収不能届

被保険者	保険証記号		番号		事業所名				
	氏名				所属				
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	資格取得日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日
	住所	〒							
	電話番号								
回収不能対象者	氏名		続柄		※子の場合は、 [長男][長女]等を 明記してください				
	氏名		続柄						
	氏名		続柄						
回収不能の理由	理由を詳細に記入してください。なお、手数料が1枚につき500円必要です。 ※盗難による被害届を警察署に届け出た場合、災害（罹災証明書のコピー添付）等の場合、手数料は不要です								
	盗難による被害届を警察署に届け出た場合は、ご記入ください。				手数料				
	警察署名		電話番号		※盗難・災害・対象者死亡除く				
	受付日		受理番号		月 日振込済				
資格喪失時に健康保険証を返却できないため、下記について誓約します。 1. 資格喪失後に受診の際は、医療機関等が貴組合に誤って請求を行わないように被保険者及び被扶養者が貴組合の資格を喪失していることを必ず連絡の上、受診します。 2. 貴組合に対して、医療機関等より資格喪失後の医療費の請求が行われた場合は、健康保険組合の請求に基づき速やかに医療費の返還に応じます。 3. 滅失した健康保険証が発見された場合は、必ず貴組合に返却します。 4. 健康保険証の滅失に伴い、貴組合に損害を与えた場合は、その責任を負うことを約束します。 誓約事項を確認の上、上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 被保険者氏名 _____									
被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。 (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)									
備考欄									

【記入上の注意】

手数料が発生します。1枚につき500円を振込後、振込控のコピーを添付の上、提出してください。

※盗難による被害届を警察署に届け出た場合、災害（罹災証明書のコピー添付）の場合、対象者死亡の場合は免除されます

事業主欄	所在地	<input type="checkbox"/> 当該届の次の事項について確認しました。 ・上記の記載内容に誤りがないこと。 ・申請者（被保険者）本人が作成した、または記載内容について誤りがないか申請者本人が確認し
	事業所名	
	事業主名	

健康保険組合記入欄	処理日	令和 年 月 日
-----------	-----	----------