【提出先】 ① 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

常務理事	事務長	係	係

健康保険　被保険者証／資格確認書　回収不能届

被保険者	健康保険の	記号	9999	番号	999999	事業所名	○○株式会社
	氏名	鐘化　健保				所属	○○工場○○事業部○○チーム
	生年月日	☐ 昭和 ☑ 平成	5 年 5 月 5 日			資格取得年月日	☐ 昭和 ☑ 平成 ☐ 令和 27 年 4 月 1 日
	住所	〒 ９９９－９９９９ ○○県○○市○○町１－２－３　マンション○○４０４				電話番号 ※日中連絡のつく番号	234-345-456

回収不能対象者	フリガナ	カネカ　ホケン	続柄	長男	回収できないもの ☑ 健康保険証 ☐ 資格確認書
	漢字	鐘化　保険			
	フリガナ		続柄		回収できないもの ☐ 健康保険証 ☐ 資格確認書
	漢字				
	フリガナ		続柄		回収できないもの ☐ 健康保険証 ☐ 資格確認書
	漢字				

保険証または資格確認書の返却ができない方の氏名・続柄をご記入下さい。

回収不能の理由	引っ越し作業中誤って、破棄してしまったと思われます

健康保険証・資格確認書の紛失・滅失により返却できない（返却できる見込みがない）ため、下記に

1．資格喪失前に受診の際は、旧健康保険証・旧資格確認書を紛失した旨を医療機関等に連絡
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
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
応じます。
3．滅失した健康保険証または資格確認書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・資格確認書の滅失に伴い、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。

誓約文をご確認の上、
日付の記入と 署名をお願い致します。

誓約事項を確認の上、上記のとおり申請します。

令和　7　年　1　月　16　日　　被保険者氏名　鐘化　健保

被保険者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	

マイナンバー記載の場合は、別途確認書類のご提出が必要になりますので、ご注意ください

事業主欄	所在地 事業所名 事業主名	☐ 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たこと。

健康保険組合記入欄	処理日	令和　　年　　月　　日