全農健康保険組合理事長　殿

| 常務理事 | 事務長 | 担当者 | 担当者 |
|---|---|---|---|
| | | | |

# 滅失・回収不能届（資格喪失のため再発行不要）

この届出は、資格喪失した被保険者(または被扶養者)が有効期限内の資格確認書等をⒶ滅失したため返納できない場合、Ⓑ被保険者が返納せず、回収できない場合に事業主経由で提出するものです。(お1人につき1枚)

※ Ⓐ滅失の場合は、被保険者が記入してください。Ⓑ回収不能の場合は、事業所の担当者がご記入してください。

※ 再発行が必要な場合は、本届出ではなく「再交付申請書」を提出してください。

| ❶ 滅失・回収不能となった証の種類 ☑チェックを入れてください | □ | 資格確認書 | □ | 高齢受給者証 ※70歳以上 |
|---|---|---|---|---|

| ❷ 健康保険被保険者 | | ❸ 被保険者氏名 | | ❹ 生年月日 | | | | ❺ 性別 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 記号 | 番号 | (氏) | (名) | 元号 | 年 | 月 | 日 | |
| | | | | | | | | 男・女 |

| ❻被保険者の連絡先 | 〒 |
|---|---|
| | (電話)　　(携帯) |

| 滅失または回収不能となった者 | ❼資格喪失日(または削除日) | 令和　年　月　日 | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | ❽ 該当者氏名 | | ❾ 生年月日 | ❿ 性別 | ⓫ 続柄 |
| | (氏) | (名) | 元号　年　月　日 | 男・女 | |

● Ⓐ滅失の場合は、被保険者が⓬⓭を記入してください。

| Ⓐ滅失の場合 | ⓬ 滅失したときの状況　いつ、どこで、どのような状況で。できるだけ詳しく |
|---|---|
| | |
| | ⓭ <発見の際の返納誓約> うえの届書に記載したとおり滅失しましたが、発見したときは、ただちに返納いたします。 |
| | 被保険者署名　　令和　年　月　日提出 |

● Ⓑ回収不能(被保険者と連絡が取れない)の場合は、⓮から⓰を事業所担当者が記入してください。

| Ⓑ回収不能の場合 | ⓮ 督促状況　☑を入れてください。 | ⓰ 実施日を記入し、督促方法を〇で囲んでください。 | | |
|---|---|---|---|---|
| | □ 3回以上督促するも返納に応じないため<br>※督促は、複数の方法で行ってください。 | 1回目 | 年　月　日 | 電話・メール・ 文書・口頭<br>その他(　　) |
| | ⓯ 回収不能となった経過（詳細に記入してください） | 2回目 | 年　月　日 | 電話・メール・ 文書・口頭<br>その他(　　) |
| | | 3回目 | 年　月　日 | 電話・メール・ 文書・口頭<br>その他(　　) |

| 事業主の証明 | 《資格確認書・高齢受給者証発見の際の返納誓約》<br>うえの届書に記載したとおり回収不能のため提出いたします。<br>なお、回収したときは、ただちに返納いたします。<br>令和　年　月　日提出<br>事業所所在地<br>事業所名称<br>事業主氏名 |
|---|---|
| 社会保険労務士の提出代行者印 | |

健保受付

全農健康保険組合(令和7年12月改訂)