

常務理事	事務長	GL	担当

トヨタ関連部品健康保険組合 御中

健康保険 被保険者証

 滅失届 回収不能届

令和 年 月 日 提出

被保険者証 記号・番号	記号	番号	被保険者 氏名	フリガナ
被保険者 連絡先	郵便番号	電話番号	携帯番号	
	—	— —	— —	
	都道 府県	区市 郡		

滅失の場合 (被保険者が記入)	<該当者氏名>	<続柄>	<性別> 男・女
	<滅失の理由>		
	滅失した保険証を発見したときは、ただちに返納いたします。		

回収不能の場合 (事業所が記入)	<該当者氏名>	<続柄>	<性別> 男・女	
	<回収不能の理由>			
	保険証の返納を 督促した状況	令和 年 月 日	電話・メール・文書・口頭・その他()	／応答 有・無
		令和 年 月 日	電話・メール・文書・口頭・その他()	／応答 有・無
		令和 年 月 日	電話・メール・文書・口頭・その他()	／応答 有・無
令和 年 月 日		電話・メール・文書・口頭・その他()	／応答 有・無	
※督促日を記入し、手段を○で囲んでください。				

上記の届出について相違いないことを証明します。

事業所所在地

事業所名称

事業主の氏名

健保受付印