

記入例

健康保険 被保険者証等 回収届

大同生命健康保険組合 御中

支社名※ ○○支社

担当者名※ 大同 花子

※支社担当者が記入ください。

被保険者が記入する箇所
ではありません。
担当者が記入ください。

資格喪失者から健康保険被保険者証等を回収しましたので、返納します。

No	記号	番号	氏名	回収日 (西暦)				回収枚数 (本人・家族全員分)			資格喪失日 (西暦)								
				※資格喪失後、速やかに回収ください				被保険者証	他証 (有の場合○)	合計	※退職の場合は、退職日の翌日 ※資格喪失日以降、各種証は使用不可								
1	2	111111	●● 太郎	2021	年	3	月	31	日	2	枚	3	枚	2021	年	3	月	31	日
2	2	222222	□□ 花子	2021	年	4	月	1	日	1	枚	2	枚	2021	年	3	月	31	日
3					年		月		日		枚		枚		年		月		日

* 限度額 : 健康保険限度額適用認定証
* 高齢受給 : 健康保険高齢受給者証

【喪失証明書発行】

「健康保険資格喪失証明書」の発行を希望する場合は、送付先の住所を記入ください。

※退職後、「就職」「任意継続制度へ加入」の場合は原則記入不要

No	証明書送付先 (※被保険者本人に確認のうえ、記入ください。)	
1	() 支社あて	〒 000 - 0000
	(○) 右記住所あて	○○県○○市○○町1-2-3
2	(○) 支社あて	〒 -
	() 右記住所あて	
3	() 支社あて	〒 -
	() 右記住所あて	

受付日付印

※上表の「No」と一致する行に記入ください。

保期不要

健保 0424 2021-04 (事)