

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								

対象者に発行・送付までの所要日数をお伝えください。

本人または家族が高齢受給者証をお持ちの場合は必ず回収してください。

* 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

(本人または家族が70歳以上の場合に必ず交付してい

【喪失証明書発行】※外部委託のため、退職日より約10営業日後の発行・送付となります。

「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、「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 2022-07 (事)