

【健康保険被保険者証】・【資格確認書】  
回収不能届・滅失届

オリエンタルランド健康保険組合 御中

※記入、または☑をしてください

被保険者証 / 資格確認書 回収不能 / 滅失

オリエンタルランド健康保険組合			
常務理事	事務長	係員	係員

被保険者証	記号	番号
被保険者	氏名 <small>(フリガナ)</small>	
	住所 〒	
	平日の日中に連絡の取れる電話番号 ( )	
	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	
事業所(会社)の名称		

回収不能・滅失等の対象者	氏名	生年月日	高齢受給者証		【被保険者証】・【資格確認書】を返納できない理由
			交付	返納	
<input type="checkbox"/> 被保険者本人	上に同じ		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
備考	滅失の場合、警察への紛失届を行い、この欄に警察署名・届出受理番号を記入してください。 警察署名・届出受理番号( 警察署、No. )				

事業主欄	上記の者について、【 <input type="checkbox"/> 被保険者証(高齢受給者証)】・【 <input type="checkbox"/> 資格確認書】が <input type="checkbox"/> 回収不能 <input type="checkbox"/> 滅失 であるため届出します。なお、被保険者証・資格確認書を回収したときは、ただちに返納します。				
	令和 年 月 日				
	事業所	所在地 名称 代表者名	担当者氏名		

※この届は【被保険者証】・【資格確認書】を返納できない事由に応じて以下のとおり 提出してください

回収不能 →事業主(会社)が記入して提出します。

滅失 →被保険者が記入し、事業主(会社)経由で提出します。

※【被保険者証】・【資格確認書】を返納できない理由はできるかぎり詳細に記入してください。

受付日付印