大阪瓦斯健康保険組合　理事長　殿

健康保険　被保険者証 回収不能届（滅失）

事業主記入用

下記の事由に該当するため、届出します。　申請日　年　月　日

資格喪失時、被保険者証が返却できないとき

被保険者情報				
被保険者	記号（1か2）	番号（06270748ではありません）（右づめ）	**記号番号が分からない場合**は個人番号（マイナンバー）を記入してください	
氏名	（フリガナ）		生年月日　年　月　日 □昭和 □平成 □令和	
解退職の事由			資格喪失年月日　年　月　日 令和	

被保険者証の返却ができない方				
被保険者証の滅失となった状況	年　月　日　被保険者より　へ返却 年　月　日　が被保険者証を受理 年　月　日　事業所担当者が健康保険組合に返却したと思われるがその過程で滅失となる			
氏名	（フリガナ）	続柄		生年月日　年　月　日 □昭和 □平成 □令和
氏名	（フリガナ）	続柄		生年月日　年　月　日 □昭和 □平成 □令和
氏名	（フリガナ）	続柄		生年月日　年　月　日 □昭和 □平成 □令和
氏名	（フリガナ）	続柄		生年月日　年　月　日 □昭和 □平成 □令和

事業主欄	
	上記のとおり被保険者証を回収することができません。　年　月　日
	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名
	電話番号

大阪瓦斯健康保険組合

健保受付日付印

※当帳票の内容については、健康保険業務以外の目的には使用しません。

2025.12