

常務理事			係

健康保険 資格確認書滅失届

被保険者等 記号・番号	記号		フリガナ	生 年 月 日			
	番号		被保険者 氏名	昭 平 令	年	月 日	
所属 事業所名				資格取得 年月日	昭 平 令	年 月 日	
被保険者 の住所	〒 - 都道 府県			TEL ()			
滅失した資格確認書 (該当にレ)	<input type="checkbox"/> 者被 本人険	氏 名	生年月日	続 柄			
		上 記 に 同 じ		本人			
	<input type="checkbox"/> 被扶 養者		昭・平・令	年 月 日			
			昭・平・令	年 月 日			
			昭・平・令	年 月 日			
		昭・平・令	年 月 日				
滅失した年月日と場所(わかる範囲で)							
令和 年 月 日 場 所 :							
滅失に至った状況(できるだけわしく)							
資格確認書を滅失しましたが、今後は十分取り扱いに注意します。 なお、この資格確認書を発見したときは、ただちに返却いたします。							

確認 <input type="checkbox"/>	この届出については、①または②の要件を満たしたものである ①申請者本人(被保険者)が作成したものである ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している
事業所所在地	〒 -
事業所名称	
事業主の氏名	
電話番号	

受付日付印

- 注意
- 1 この届出は、健康保険の資格確認書を滅失したため、「被保険者資格喪失届」に資格確認書を添付して返却することができない場合、または再交付申請書の添付書類として提出するものです。
 - 2 「生年月日」の元号は、該当する文字を○印で囲んでください。