

事業所 担当	健保		
	担当	事務長	常務理事

健康保険 資格確認書 滅失届

- この届を行う対象者：
- ・被保険者(被扶養者)が資格確認書(有効期限内)を滅失した方
資格確認書の再交付が必要な場合は、資格確認書(再)交付申請書をあわせてご提出ください。
 - ・健康保険の資格を喪失する時(被保険者の退職時や被保険者が扶養を外れる時)に、
資格確認書(有効期限内)を滅失し返却できない方
- ※記号・番号は、マイナポータルや資格情報のお知らせ等で確認することができます。

被 保 険 者 情 報	記号・番号	記号 番号	生年月日
			<div>1 昭和 2 平成 3 令和</div> <div>年 月 日</div>
	所属・氏名	※任継者はご記入不要 フリガナ 氏名	本人連絡先
	自宅住所		

該 当 者 情 報	滅失した者	フリガナ 氏名	続柄	生年月日
				<div>1 昭和 2 平成 3 令和</div> <div>年 月 日</div>
		フリガナ 氏名	続柄	生年月日
	滅失したときの状況 ※いつ、どこで、どのような状況で。できるだけ詳しく			
	警察への届出状況 ※自宅以外で紛失の場合は、警察へ届け出てください。			
	届出済 ・ 未届出	届出先	警察署 (派出所)	届出日
				令和 年 月 日

署 名	上記の届書に記載したとおり、資格確認書を滅失しました。 今後は取扱いに十分注意します。なお、資格確認書を発見したときは、ただちに返納いたします。 また、滅失した資格確認書によって保険給付等に事故が発生した場合は一切の責任を負います。 被保険者氏名
--------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

事 業 主 欄	上記届書のとおり相違ないことを証明します。 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名
------------------	---------------------------------------------------------------

受付日付印