

健康保険 資格確認書滅失届

届出日 令和 年 月 日			常務理事	事務長	係
記号	番号	被保険者氏名			

被保険者住所	〒
事業所名	

- (該当者区分) ○で囲んで下さい
1. 被保険者分
2. 被扶養者分・・・被扶養者分の場合は該当者について下記記入してください

被扶養者氏名	生年月日	続柄	性別
	昭・平・令 年 月 日		男・女
	昭・平・令 年 月 日		男・女
	昭・平・令 年 月 日		男・女

滅失した状況	
又は、き損した状況	
(できるだけ詳しく)	

上記のとおり、資格確認書を滅失・き損いたしました。今後は十分取り扱いに注意いたします。
なお、滅失の資格確認書を発見したときは、ただちに返納いたします。

上記の届出書に記載したとおり滅失したため提出いたします。
なお、発見したときは、ただちに返納いたします。

令和 年 月 日

事業主 所在地

名 称

事業主氏名

(受付)令和 年 月 日 (受付印)