

常務理事	事務長	担当	係

健康保険 資格確認書 滅失届

① 被保険者 等記号 及び番号	記号		番号			
② 被保険者 氏 名				③ 生 年 月 日		
④ 滅失した者 の氏名、 生年月日等	氏 名		続柄	生 年 月 日		備 考
				昭・平・令 年 月 日		
				昭・平・令 年 月 日		
				昭・平・令 年 月 日		
				昭・平・令 年 月 日		
				昭・平・令 年 月 日		
⑤ 被 保 険 者 の 資 格 を 取 得 し た 日	平成・令和 年 月 日					
⑥ 被 保 険 者 が 勤 務 す る (し て い た) 事 業 所 名 ・ 所 在 地	(イ)名 称					
	(ロ)所在地					
⑦ 滅 失 し た 日	令和			滅失した場所		
⑧ 滅 失 し た 理 由 (詳 し く)						

上の届書に記載したとおり資格確認書を滅失しましたが、この資格確認書を発見したときは直ちに返納します。
万一、資格喪失後の受診で貴健保に受診機関より請求があった場合は、その請求額を返納いたします。

提出日 令和 年 月 日

〒

住 所

被保険者氏名 電話番号

受付日付印

事業主の証明	上記のとおり、資格確認書を滅失したことに相違ないことを証明します。	
	令和 年 月 日	
	事業所所在地	
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電話番号 ()	

社労士 記載欄	氏名等
------------	-----