記入例

常務理事	事務長	担当	係

健康保険　資格確認書　滅失届

記号が不明の場合
番号欄に
社員番号を記入

① 被保険者等記号及び番号	記号	1234	番号	12345678

② 被保険者氏名	山口 太郎	③ 生年月日	昭和・平成 50 年 6 月 1 日生

④ 滅失した者の氏名、生年月日等	氏名	続柄	生年月日	備考
	山口 太郎	本人	昭・平・令　年　月　日	
	山口 花子	妻	昭・平・令　年　月　日	
			昭・平・令　年　月　日	
			昭・平・令　年　月　日	
			昭・平・令　年　月　日	

減失した対象者のみ記入

⑤ 被保険者の資格を取得した日	平成・令和 6 年 12 月 1 日	不明の場合は未記入
⑥ 被保険者が勤務する（していた）事業所名・所在地	(イ)名称	株式会社ユニクロ
	(ロ)所在地	山口県山口市佐山10717番地1
⑦ 滅失した日	令和 6 年 ** 月 **	滅失した場所　自宅 ／ 駐車場 …等記載
⑧ 滅失した理由（詳しく）	・退職時、不要だと思いシュレッダーにかけてしまい返却することが出来なくなってしまった。 ・車上荒らしに遭い財布ごと盗難された。警察には届出済み。 …等、詳しく記入	

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
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

必ず、提出日・住所・氏名・
電話番号を記入してください。

提出日　令和 6 年 ** 月 ** 日

〒 754-0894

住所　山口県山口市佐山 ○○ － ○

被保険者氏名　山口 太郎　　電話番号　090-****-****

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

FR健康保険組合