

常務理事	事務長	課 長	担当者

健康保険 資格確認書等 滅失届

①健康保険の 記号番号	—			
② 被 保 険 者 氏 名			③ 生 年 月 日	昭和 平成 年 月 日
④ 勤務先 (していた) 事業所名称			⑤ 被扶養者の 有 無	有 () 人 ・ 無
⑥資格確認書等 を紛失された 方の氏名	(ア) 氏 名 (続柄)	(イ) 氏 名 (続柄)	(ウ) 氏 名 (続柄)	(エ) 氏 名 (続柄)
該当するもの に☑をつけて ください	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証
⑦ 資格確認書等 を滅失した時 の状況				
<p>上の届書に記載したとおり、資格確認書等を滅失いたしました。今後は充分取扱いに注意いたします。</p> <p>なお、この資格確認書等を発見したときは、ただちに返納いたします。</p> <p>令和 年 月 日提出</p> <p>被保険者の住所 〒</p> <p>氏名</p> <p>電話 () - () - ()</p>				
⑧ 備 考			受 付 日 付 印	

(注意事項)

更新年月日 R7. 12. 2

この届書は、健康保険の資格確認書等を滅失したため、返納することができない場合に提出するものです。