

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)
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
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が、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> <hr/> <p style="text-align: center;">氏名</p> <hr/> <p style="text-align: center;">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。