

※健康保険使用欄			
常務理事	事務長	適用	

資格確認書（健康保険被保険者証）滅失届【喪失・更新】

記号・番号		被保険者氏名	
被保険者の勤務する (していた)事業所の	名称		
	所在地		
滅失した者の氏名		続柄	生年月日 (和暦) 年 月 日
滅失した種類 (該当する箇所にチェック)	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証		
滅失した年月日	(和暦) 年 月 日	滅失した場所	
滅失した時の状況			
(和暦) 年 月 日			
うえの届書に記載した通り、資格確認書(被保険者証)を滅失いたしました。今後は充分取り扱いに注意いたします。 なお、資格確認書(被保険者証)を発見したときは、ただちに返納いたします。			
被保険者の住所 〒 氏名			
確認欄	①②の確認後✓を入れてください。✓がない場合は確認が必要な為受理できない場合があります。		
<input type="checkbox"/>	この届出については①または②の要件をみたしたものである		
<input type="checkbox"/>	① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。		
	② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。		
	※②は事業所が届出の記載を行う場合で事業所担当者が申請者本人に対し届出に誤りがないか確認を求め申請者が内容について確認した場合		

※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と訂正した方の氏名(サイン)をご記入ください。

※記入内容をご確認の上、確認欄にチェックを記入願います。

事業主の欄
上の申請について申し出がありましたので、届出致します (和暦) 年 月 日 事業所所在地 事業所名称 事業主名 <input type="checkbox"/> 上記申請内容の記載に誤りがないことを事業所にて本人に確認済みです。

受付日付印