

決 済

健康保険 資 格 確 認 書 滅失届

2

1

①の昭和・平成の別および②の滅失の該当者欄は、該当する文字を丸でかこんでください。

この届書は、健康保険の「被保険者資格喪失届」、または被扶養者を削除するための「被扶養者(異動)届」を提出する際に資格確認書を添付して返納することができない場合に提出するものです。(異)

被保険者の記号と番号	記号 番号			
被 保 險 者 の 氏 名			①被保険者の生年月日	昭和 年 月 日 平成
被 保 險 者 の 現 住 所				
被 保 險 者 の 勤 務 す る (し て い た) 事 業 所 の	名 称 所在地			
② 滅 失 の 該 当 者	・ 被 保 險 者 分 ・ 被 扶 養 者 分 (下記に記入)			
滅失該当の被扶養者氏名 () 内は綱柄	()		()	
	()		()	
	()		()	
資 格 確 認 書 を 滅 失 し た 年 月 日	令 和 年 月 日	資 格 確 認 し た 書 傷 所		
資 格 確 認 書 を 滅 失 し た と き の 状 況 (詳 し く)				

(資格確認書 発見の際の返納誓約)

上記に記載したとおり資格確認書を滅失しましたが、これを発見したときは、ただちに返納いたします。

被保険者氏名

事 業 主 の 証 明	上記の届け出のとおり相違ないことを証明します。		
	令 和 年 月 日		
	住 所		
	氏 名		
電話 ()			

受 付 日 付 印