

健康保険 資格確認書 滅失届

令和 年 月 日 提出

被保険者情報	被保険者等 記号・番号	—	氏名		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
	事業所名称				連絡先 電話番号	— —

届出内容	届出区分	(いずれかに✓を記入してください。)				
		<input type="checkbox"/> 1.滅失・紛失 <input type="checkbox"/> 2.き損・汚損等 <input type="checkbox"/> 3.その他()				
		※区分“2”の場合は、該当者の資格確認書を添付願います。				
	該当者	(いずれかに✓を記入してください。)				
		<input type="checkbox"/> 1.本人用 <input type="checkbox"/> 2.家族用(続柄:)				
		※家族用の場合は下記の家族情報をご記入願います。				
		家族氏名		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	
	始末書	<input type="checkbox"/> 紛失による損害は本人負担とします。				
		※紛失・滅失等により返却ができない場合は、必ず上記に✓を記入ください。(未記入の場合は受付不可)				

(注1) 自宅以外で紛失された場合は、必ず警察へ届け出て下さい。

(注2) 退職等において、資格確認書を滅失(紛失)され返却ができない場合は、ご記入のうえ事業所経由でご提出ください。

(注3) 扶養家族の除外手続において、資格確認書を滅失(紛失)され添付できない場合は、ご記入のうえ扶養家族等異動届に添付して事業所経由でご提出ください。

(注4) 本届出に伴い、資格確認書の交付(再交付含む)が必要な場合は、「健康保険 資格確認書交付申請書」を併せてご提出ください。本届出のみのご提出の場合は、資格確認書は交付できません。

事業所受付欄

健保組合	常務理事	事務長	担当	健保受付