

健康保険 資格確認書 滅失 届

常務理事	事務長	部長	課長	係長	係

この届書は、資格確認書を失くした場合に提出するものです。
事業主が被保険者から資格確認書を回収できない場合は、別様式「資格確認書回収不能届」を作成し提出してください。

被保険者情報	被保険者等 (左づめ)	記号 	番号 	生年月日 5.昭和 7.平成 9.令和 年 月 日
	氏 名	下記の者について、資格確認書を滅失したため届出します。なお、発見したときには、ただちに返納します。 令和 年 月 日 (フリガナ) (氏 名)		
	住 所	〒 ー		
	電話番号	自宅 ー ー	携帯電話 ー ー	

滅失した方	チェック欄	滅失した方の氏名	生年月日	続柄	備考
	☐	被保険者（本人）			
	被扶養者の情報 (氏名等を記入)		5.昭和 7.平成 9.令和 年 月 日		
			5.昭和 7.平成 9.令和 年 月 日		
		5.昭和 7.平成 9.令和 年 月 日			

滅失時の状況等	滅失した時の状況を詳しく記入してください。			
	警察署等に届出している場合のみ 右項を記入	届出た警察署等の名称	届出した年月日 令和 年 月 日	受理番号

社会保険労務士記載欄 氏名等	
-------------------	--

受付日付印

※ 組合記入欄	
届書種類	1. 資格喪失 (□届と同時・□以前の届出: 処理日 R 年 月 日) 2. 扶養削除 (□届と同時・□以前の届出: 処理日 R 年 月 日) 3. 再 交 付 (□届と同時・□以前の届出: 処理日 R 年 月 日) 4. 更 新