

健康保険 資格確認書 滅失届

(注意事項)

◆この届書は、健康保険の資格確認書を滅失したため再交付を受ける場合、一被保険者資格喪失届」に資格確認書を添付して返納することが出来ない場合、または被扶養者を削除するために「被扶養者(異動)届」を提出する場合等に提出するものです。

◆⑥の欄は資格確認書の証書を滅失した者の氏名、生年月日を記入してください。

◆誤記があった場合の訂正印は不要です。訂正したことが明らかになるように訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と氏名(フルネーム)をご記入ください。

① 事業所記号		② 被保険者番号	
③被保険者の勤務する事業所名			
④被保険者氏名			
⑤生 年 月 日	昭和 平成 年 月 日		
⑥健康保険資格 確認書を滅失し た者の氏名等	氏 名	生 年 月 日	滅失した 証書の種類
		昭和・平成・令和 年 月 日	資 格 確 認 書
		昭和・平成・令和 年 月 日	資 格 確 認 書
		昭和・平成・令和 年 月 日	資 格 確 認 書
		昭和・平成・令和 年 月 日	資 格 確 認 書
⑦健康保険資格確 認書を滅失したとき の状況			
令和 年 月 日 提出			
うえの届書に記載したとおり、健康保険資格確認書を滅失 いたしましたが、今後は十分取扱いに注意します。		 受 付 印	
被保険者住所			
被保険者氏名			