

健康保険資格確認書滅失届

被保険者等記号番号	—		被保険者の 氏 名	
滅失した方の氏名		被保険者の 生 年 月 日	昭和 平成 令和	年 月 日
被 保 険 者 の 資 格 取 得 年 月 日	(該当するところに○を付けてください) 昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日			
被保険者の勤務する 事 業 所 の	名 称			
	所 在 地			
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、資格確認書を滅失いたしました。今後は 充分取扱いに注意いたします。 なお、この資格確認書を発見したときは、ただちに返納いたします。				
被保険者の住所 _____				
氏名 _____				

(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、「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できない場合、提出するものです。