

# 健康保険 資格確認書滅失届

常務理事	事務長	扱 者

(注意事項)

イ この届出書は健康保険の資格確認書を紛失した場合「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に提出するものです。  
 ロ ③ ⑤ ⑧の(ロ)の男女別 ⑧の(ハ)の昭・平・令の別は、それぞれ該当する文字を丸でかこんで下さい。

① 記号・番号	—		※届出書の種類	喪失・滅失
②被保険者氏名			③生年月日	昭和 平成 年 月 日 令和
④資格取得日	昭和 平成 年 月 日 令和	⑤被扶養者の有無		有 ( 人 ) ・無
⑥被保険者が勤務する(していた)事業所の	(イ) 名称			
	(ロ) 所在地			
⑦ 資格確認書を滅失したときの状況(具体的に記入のこと)				
⑧ 資格確認書を滅失した者の	(イ) 氏 名	(ロ) 性別	(ハ) 生 年 月 日	(ニ) 続柄
		男・女	昭・平 令 年 月 日	
		男・女	昭・平 令 年 月 日	
		男・女	昭・平 令 年 月 日	
		男・女	昭・平 令 年 月 日	
令和 年 月 日提出				
<p>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。今後は充分取扱に注意致します。</p> <p>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。</p> <p style="text-align: center;">被保険者の住 所</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p>				
⑨ 備考	※ <span style="border: 1px dashed black; border-radius: 50%; padding: 5px;">受 付 日 付 印</span>			

社会保険労務士の提出代行者 印		㊟
-----------------	--	---