

滅失届（健康保険証・資格確認書）

※太枠線内をすべて記入してください。

①被保険者等		②被保険者氏名		③被保険者生年月日		
記号	番号			昭和・平成・令和 年 月 日		
④ 滅失の対象者 ※(該当アルファベットに○印)		A 被保険者用		B 被扶養者用		
		※被扶養者用の場合はその家族を記入				
		家族の氏名		生年月日		続柄(長男・長女等)
				昭和・平成・令和 年 月 日		
				昭和・平成・令和 年 月 日		
⑤ 被保険者現住所		〒 -				
⑥ 滅失した年月日		令和 年 月 日				
⑦ 滅失した場所						
⑧ 滅失した事由						

保険証・資格確認書発見の際の返納誓約	うえの届書に記載したとおり保険証、資格確認書を滅失しましたが、発見したときは直ちに返納いたします。
--------------------	---

被保険者氏名

事業所所在地
事業所名称
事業主氏名
届出内容に相違ないことを証明します。

・この届は喪失時に保険証、資格確認書を返納できない場合に提出します。

受付印



健保欄	押印しないでください。	常務理事	事務長	マネジャー	担当