

経過	資格確認書の返納があったときは その年月日	令和 年 月 日	常務理事	事務長		担当者
	被保険者の資格を喪失した者である ときは、その年月日	令和 年 月 日				
	届書の種類	滅失・再交付・更新・検認・その他	滅失事由の種類	盗難・遺失・焼失・紛失・その他		

## 健康保険資格確認書滅失届

健康保険被保険者の記号	健康保険被保険者の番号	被保険者の氏名	被保険者の生年月日			被保険者の資格を取得した日				
		㊞	昭和 平成 令和	年	月	日	昭和 平成 令和	年	月	日
被 保 険 者 の 現 住 所										
被保険者の勤務する(していた)事業所の名称および所在地										
名 称										
所在地										
資格確認書を滅失した年月日			資格確認書を滅失した場所(理由)				滅失した被扶養者の氏名		備考	
令和 年 月 日										

( 資格確認書発見の際の返納誓約書)

うへの届書に記載したとおり 資格確認書を滅失しましたが、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。

被保険者氏名 \_\_\_\_\_ ㊞

事業主の証明	被保険者 _____ が健康保険の資格確認書を滅失したこと、 届け出のとおり 相違無いことを証明します。	
	事業所所在地	〒 _____
	事業所 名称	_____
	事業主 氏名	_____ ㊞
	電 話	_____

受付日付印