

健康保険 資格確認書 滅失届

被 保 険 者 情 報	記 号			番 号			生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日
	氏 名										
	住 所	〒 ー								電話番号	
	勤務する（していた） 事業所	名 称									
所在地											

▼被保険者を含め対象者を記入してください。

資 格 確 認 書 を 滅 失 し た 対 象 者	氏 名（フリガナ）	続 柄	生年月日	備考欄
			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日
			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日
			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日
			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日

滅 失 し た 状 況	滅失した年月日	令和 年 月 日	滅失した場所	
	理由 （詳しく）			

返 納 誓 約	上記のとおり、資格確認書を滅失しましたが、滅失した資格確認書を発見したときは、ただちに返納します。 <div style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black; margin-top: 10px;">被保険者氏名</div>
------------------	--

事 業 主 の 証 明	上記のとおり資格確認書を滅失したことに相違ないことを証明します。		受 付
	令和 年 月 日		
	事業所所在地		
	事業所名称		
	事業主氏名		
	電 話 番 号		

神奈川県電子電気機器健康保険組合

注
意
事
項

- この届書は次の場合に提出してください。
- ① 資格確認書を滅失したため再交付を受ける場合
 - ② 「被保険者資格喪失届」および「被扶養者（異動）届」に資格確認書を滅失したため添付できない場合
 - ③ 資格確認書の返納が必要な際に、滅失したため添付ができない場合
- ※ 自宅以外で滅失した場合には、必ず警察署に遺失物の届出をおこなってください。