

決 裁	常務理事	事務局長	部 長	課 長	係 長	扱 者
日 付 印						

健康保険資格確認書 滅 失 届

年 月 日 提出

健康保険の記号				
---------	--	--	--	--

事業所所在地	下記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。今後には十分に取扱いに注意します。 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。 〒
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	

受 付 印

社会保険労務士記載欄	
印	

被保険者の記号	被保険者の番号	被 保 険 者 の 氏 名		生 年 月 日			性 別	資 格 取 得 年 月 日				
(右 詰 め)	(右 詰 め)	(氏)	(名)	☐ 昭和 ☐ 平成	年	月	日	☐ 男 ☐ 女	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年	月	日
被扶養者が資格確認書を滅失したときはその被扶養者の氏名		(氏)	(名)	届出の事由		☐ ①喪失 ☐ ②再交付 ☐ ③被扶養者削除						
被保険者の勤務する (していた) 事業所の		名 称										
		所在地										
資格確認書を滅失したときの状況 (詳しくご記入ください)												

(注意事項)

この届書は、次に該当する場合に提出してください。

- ① 健康保険の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」に資格確認書を添付して提出できない場合。
- ③ 被扶養者を削除する際に「被扶養者(異動)届」に資格確認書を添付して提出できない場合。