

健康保険 資格確認書 滅失・き損 届

※届出の理由がき損の場合は資格確認書を添付してください。

同 年 月 日	常務理事	事務長	係
令和 年 月 日			

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者等 記号・番号	記 号		番 号		被保険者 氏 名		事業所名		所属	TEL
	該当者(該当する番号に○をつけて下さい)					1	被保険者分(本人)		滅失・き損の事由		
						2	被扶養者分(家族)		滅失・き損した年月日と場所 令和 年 月 日 場所 () 滅失・き損に至った状況 (できるだけ詳細に記入してください) ※屋外での滅失・盗難による場合は必ず記入してください		
	該当するものが被扶養者の場合は下記に記入してください										
	被扶養者の氏名		生 年 月 日		続 柄	性 別					
			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			男・女					
			昭・平・令 年 月 日			男・女					
		昭・平・令 年 月 日			男・女						
上記の通り資格確認書を滅失したことに相違ありません。 なお、滅失した資格確認書を発見したときはただちに返納いたします。 令和 年 月 日 住所 セイコー健康保険組合理事長殿 被保険者 氏名											

事 業 主 記 入 欄	上記の通り被保険者より申請がありましたので提出いたします。 令和 年 月 日
	所在地
	事業所 名称 事業主名

事業所 担当者

健 保 記 入 欄	
-----------------------	--

受 付 印