

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 險 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 ()			
	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	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)			
			昭・平・令 年 月 日				男・女				
			昭・平・令 年 月 日				男・女				
			昭・平・令 年 月 日				男・女	※屋外での滅失・盗難による場合は必ず記入してください			
			昭・平・令 年 月 日				男・女	警察に届出した年月日			
			昭・平・令 年 月 日				男・女	届出した場所(警察署名・交番名)	(TEL)		
		受理番号等									
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 セイコー健康保険組合理事長殿							被保険者	住 所			
							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	主	名	

事 業 所
担 当 者

健 保
記 入
欄

受付印