

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。

伺 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	00	番 号	0000	被保険者 氏 名	健保 太郎		事業所名	〇〇〇〇株式会社		所属	総務部 TEL 〇〇〇〇	
	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)							
	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					滅失・き損した年月日と場所 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 場所 ( 〇〇医院 )  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)  〇年〇月頃、〇〇医院にかかった際提示したが、以後所在がわからなくなった。								
	被扶養者の氏名		生 年 月 日		続 柄									
	健保 愛子		昭・平・令 〇〇年〇〇月〇〇日		妻	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								
	※屋外での滅失・盗難による場合は必ず記入してください													
警察に届出した年月日										令和〇〇年 〇〇月 〇〇日				
届出した場所(警察署名・交番名)										〇〇警察署 (TEL 000-000-0000)				
受理番号等										1 2 3 4 5 6 7				
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発見したときはただちに返納いたします。  令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 セイコー健康保険組合理事長殿  住所 〇〇県〇〇市〇〇町1-1 被保険者 氏名 健保 太郎														

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