

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	0 0	番号	0 0 0 0	被保険者 氏名	健保 太郎		事業所名	○○○○株式会社	所属	総務部 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 (○○医院)				
	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) ○年○月頃、○○医院にかかった際提示したが、以後所在がわからなくなつた。					
	健保 愛子		昭・平・令 ○○年○○月○○日			妻	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○○年 ○○月 ○○日					
			昭・平・令 年 月 日				男・女	届出した場所(警察署名・交番名) ○○警察署 (TEL 000-000-0000)					
			昭・平・令 年 月 日				男・女	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 ○○年 ○○月 ○○日 セイコー健康保険組合理事長殿												
被保険者 住所 ○○県○○市○○町1-1 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			事業所 担当者	健 保 記 入 欄	受付印
	所在地	事業所 名 称	事業主 名			