

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 | 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。 ※屋外での滅失・盗難による場合は必ず記入してください | | | | | | | | |
| | 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 | | | | | | | | |
| | | | 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 | | | | | | | | | | マイナンバーカード ある・ない / 作成予定 ある・ない 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