

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)		
	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				2	被扶養者分(家族)		
	被扶養者の氏名				生 年 月 日	続 柄	性 別	滅失・き損の事由 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)
					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	※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
								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。				マイナンバーカード 有る・ない / 作成予定 有る・ない マイナンバーカード作成予定日 (年 月 日) マイナンバーカード作成しない理由 ()				
令和 年 月 日 セイコー健康保険組合理事長殿				住所 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