

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	0000株式会社		所属	総務部 TEL 0000	
	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					
	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)		滅失・き損した年月日と場所 令和 00年 00月 00日 場所 (00医院)					
	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)					
	健保 愛子		昭・平・令 00年00月00日		妻	男・女	0年0月頃、00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。					
			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		令和00年 00月 00日			
							届出した場所(警察署名・交番名)		00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。							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 (令和 00年 00月 00日) マイナンバーカード作成しない理由 ()					
令和 00年 00月 00日 セイコー健康保険組合理事長殿							住所 00県00市00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