

常務理事	事務長		担当

## 健康保険 資格確認書 滅失（き損）届

被保険者(等) 記号番号	記号	番号	GUI				生年月日 昭和 平成	年	月	日
被保険者 氏名										
被保険者 住所	〒				電話	( )				
事業所名 及び電話					電話	( )				

対象者 (該当項目に○)	1 被保険者（本人が保持している証）										
	2 被扶養者（家族が保持している証）										
	①	氏名				生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	
	②	氏名				生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	
③	氏名				生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日		

届出の理由	滅失・き損（破損）した年月日、場所、その状況について（わかる範囲で記入してください）									
	日時： 令和 年 月 日 午前・午後 時 分ごろ									
	場所：									
	状況：									
資格確認書を滅失又はき損（破損）いたしましたが、今後は十分注意いたします。 なお、滅失した資格確認書を発見した時は、ただちに返納いたします。										
令和 年 月 日 被保険者氏名										

◎き損した場合は「き損となった資格確認書」を、この届出に添付してください。

事業主の證明	上記の申請について相違ないことを証明いたします。 なお、今後は資格確認書を滅失又はき損することのないよう十分指導いたします。									
	令和 年 月 日 提出 受付日付印									
事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話										