

| | |
|-------|---------------------------|
| ※ 回 収 | 令和 年 月 日 |
|-------|---------------------------|

| | | | |
|------|-----|-----|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 課 長 | 担当者 |
| | | | |

健康保険 資格確認書 滅失届

| | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------|------|-----|-----|----------------|---|----|--|-------|-----|----------------|------|-----|--|
| 記 号 番 号 | | 記号 | 1 | 0 | 0 | 番号 | | | | | 職員番号 | | |
| 被 保 険 者 情 報 | | 氏 名 | | | | | | 住 所 | | 〒 | | 電話 | |
| 勤 務（配 属）して いた 事 業 所 | | 名 称 | | | | | | 所 在 地 | | | | | |
| 滅 失 し た 対 象 者 | 氏 名 | | | 生 年 月 日 | | | | 性 別 | 続 柄 | 資格確認書を返納できない理由 | | | |
| | 被保険者 | (氏) | (名) | 昭和 平成 | | 年 | | 月 | | 日 | 男・女 | 本 人 | |
| | 被扶養者 | (氏) | (名) | 昭和 平成 令和 | | 年 | | 月 | | 日 | 男・女 | | |
| | 被扶養者 | (氏) | (名) | 昭和 平成 令和 | | 年 | | 月 | | 日 | 男・女 | | |
| | 被扶養者 | (氏) | (名) | 昭和 平成 令和 | | 年 | | 月 | | 日 | 男・女 | | |
| | 被扶養者 | (氏) | (名) | 昭和 平成 令和 | | 年 | | 月 | | 日 | 男・女 | | |

資格確認書を滅失いたしましたので届出します。なお、資格確認書を発見したときは、ただちに返納します。

令和 年 月 日 被保険者（申請者）の住所 〒

受付日付印

氏 名

※ この届書は資格確認書を返納できない場合に提出してください。
なお、届書提出後に資格確認書を発見したときは、日本年金機構健康保険組合に返納してください。
資格喪失後に不正に資格確認書を使用した場合は刑法により詐欺罪で罰せられます。