

※組合使用欄					
常務理事	事務長	部長	課長	係長	C/P

健康保険 資格確認書 減失届

この届は資格喪失した被保険者又は被扶養者が資格確認書を減失したため、返納できない場合に提出します。

被 保 険 者 情 報	被保険者等 記号・番号	記号(左づめ)	番号(左づめ)	生年月日
	個人番号 (マイナンバー)	※		※ 被保険者等記号・番号を記載いただければ個人 番号(マイナンバー)は不要です
	氏名	フリガナ		
	郵便番号		電話番号	
	住所	都 道 府 県		

対 象 者	フリガナ 氏名	生年月日	性別	高齢受給者証
	フリガナ 氏名	生年月日	性別	高齢受給者証
	フリガナ 氏名	生年月日	性別	高齢受給者証
	フリガナ 氏名	生年月日	性別	高齢受給者証

返 納 誓 約	上記に記載した通り資格確認書を減失しましたが、この資格確認書を発見したときは、ただちに返納いたします
	令和 年 月 日 被保険者氏名

上記の者について、資格確認書を減失したため届出します。 令和 年 月 日
なお、資格確認書を回収したときは、ただちに返納します。

事 業 主 欄	事業所所在地	受付日付印
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電話番号	
社会保険労務士の 提出代行者名記入欄		