

健康保険 資格確認書 被保険者証 滅失・き損届

常務理事	事務長		担当者
------	-----	--	-----

「①記号②番号」または
「③個人番号（マイナンバー）」
をご記入ください

下記のとおり「資格確認書」「被保険者証」を滅失・き損いたしましたので届出いたします。
なお、この「資格確認書」「被保険者証」を発見したときは、ただちに返納いたします。 令和 年 月 日

(注意事項)

※この届書は、原則「被保険者資格喪失届」に「資格確認書」「被保険者証」を添付して返納することができない場合、または被扶養者を削除する為
※「被扶養者異動届」を提出する際に「資格確認書」「被保険者証」の番号及び「滅失」または「き損」を添付して返納することができない場合に提出するものです。
※必ず、該当する「1資格確認書 または「2被保険者証」の番号及び「滅失 または「き損」を○で囲んでください。
※資格確認書の新規交付または再交付をご希望の場合は、別途「健康保険 資格確認書 再交付申請書」の提出が必要です。

被保険者証 記号番号	7** - 7***	個人番号 (マイナンバー)	9999 9999 9999		
被保険者 氏名	健保 太郎	資格取得日	昭和 平成 令和 **年 4月 1日		
		資格喪失日	令和 年 月 日		
生年月日	昭和 平成 **年 8月 10日				
住所	東京都新宿区・・・				
届出の 対象と なる者	種類	氏名	続柄	生年月日	種別
	1. 資格確認書 ②. 被保険者証	健保 太郎	本人	昭和 平成 令和 **年 8月 10日	滅失・き損
	①. 資格確認書 2. 被保険者証	健保 小次郎	子	昭和 平成 令和 **年 5月 5日	滅失・き損
	1. 資格確認書 2. 被保険者証			昭和 平成 令和 年 月 日	滅失・き損
	1. 資格確認書 2. 被保険者証			昭和 平成 令和 年 月 日	滅失・き損
	1. 資格確認書 2. 被保険者証			昭和 平成 令和 年 月 日	滅失・き損
	1. 資格確認書 2. 被保険者証			昭和 平成 令和 年 月 日	滅失・き損
滅失した 時の状況	滅失された時の状況をご記入ください				

上記のとおり被保険者から「資格確認書」等の滅失・き損の届出がありましたので届出いたします。
なお、今後は「資格確認書」等を滅失又は、き損することのないよう充分指導いたします。

事業所所在地	〒
事業所名称	人事経由の申請書です
事業主氏名 (代理人)	
電話番号	

受付印

社会保険労務士記載欄

確認欄	<input type="checkbox"/>
この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 ① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。	