

常務理事	事務長	担当者

健康保険 資格確認書等 滅失届

被保険者情報	記号・番号	記号	番号	氏名 <small>フリガナ</small>	生年月日
	住所				昭和 平成 年 月 日

対象者欄	対象者	<input type="checkbox"/> 被保険者(本人)分のみ <input type="checkbox"/> 被扶養者(家族)分のみ <input type="checkbox"/> 被保険者(本人)および被扶養者(家族)分				
	被保険者	氏名	続柄	生年月日	滅失した証	備考
	被扶養者	同上	本人	同上	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証	
				昭和 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証	
			昭和 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証		
			昭和 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証		
滅失理由	滅失した日付、場所等をできるだけ詳しくご記入ください。					
返納契約	上の届書に記載したとおり滅失しましたので届出します。なお、発見したときは、ただちに返納します。 令和 年 月 日 被保険者氏名 _____					

事業主欄	上の届書に記載したとおり相違ないことを証明します。	
	事業所所在地	
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電話番号	

受付日付印

社会保険労務士の 提出代行者名記入欄	
-----------------------	--