

※ 経 過	資格確認書の返納があったときはその年月日	令和 年 月 日
	被保険者の資格を喪失した者であるときは、その年月日	令和 年 月 日
	滅失事由類	紛失・盗難・遺失

健康保険 資格確認書 滅失届

(注意事項)

1. この届書は、健康保険の資格確認書を滅失したため、再交付を受ける場合、「被保険者資格喪失届」に資格確認書を添付して返納することができない場合、資格確認書の更新ないしは検認の際に資格確認書を提出または返納することのできない場合、または被扶養者を削除するために「被扶養者(異動)届」に資格確認書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。

① 記号 番号 記号番号	記号 番号 —	※ 届出の種類	喪失・再交付・更新・検認 被扶養者(異動)
② 被保険者の氏名		③ 生年月日	昭和 年 月 日 平成 年 月 日
④ 被保険者の 資格取得年月日	昭和 年 月 日 平成 年 月 日	⑤ 滅失した被扶養者名	
⑥ 被保険者の勤務する(していた)事業所	(イ)会社名		
	(ロ)所在地		
⑦ 資格確認書を滅失した時の状況を詳しくご記入ください。			

確認欄	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。
<input type="checkbox"/>	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。

2. ③、④の欄は、それぞれ該当する文字を○で囲んでください。
3. ⑤欄は、被扶養者の資格確認書を滅失したときに該当する被扶養者氏名を記入してください。資格確認書1枚につき、滅失届1枚必要です。
4. ※の欄は記入しないでください。

令和 年 月 日提出
うえの届出書に記載したとおり、資格確認書を滅失いたしました。今後は十分取り扱いに注意いたします。 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。
被保険者の住所 〒
氏名
電話 () 番

受付印