

【記入例】

常務理事	事務長		

健康保険資格確認書 減失届
 健康保険高齢受給者証

記号	番号	被保険者の氏名	生年月日
2 1 4 8 1 2 3 4 5 6 7		共同 太郎	昭和 平成 年 月 日 令和
被保険者の現住所		資格取得(入社)年月日	
〒 123-4567 東京都〇〇区		昭和 平成 年 月 日 令和	
日中連絡のとれる電話番号	TEL 080 - 1234 - 5678 (内線 ※※※※)		
被保険者の勤務する(していた)事業所の	会社名と所属部署	一般社団法人 共同通信社 〇〇部	
	所在地	〒 105-7201 東京都港区東新橋 . . .	

減失の対象となる方	氏名	生年月日	性別	続柄
	共同 花子	昭和 平成 年 月 日 令和	男・女	妻
		昭和 平成 年 月 日 令和	男・女	
資格確認書を滅失した年月日	令和 年 月 日	資格確認書を滅失した場所		
資格確認書を滅失した事由(詳しく)	財布を落とし、資格確認書も紛失した			
警察署への届出	警察署	受理番号		
資格確認書発見の際の返納誓約	うへの届出に記載したとおり資格確認書を滅失しましたが、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。 被保険者氏名 共同 太郎			
確認欄	右記を確認後、チェックをつけてください <input checked="" type="checkbox"/>		この届出については、①又は②の要件を満たしている。 ①申請者本人(被保険者)が作成した。 ②記載内容について誤りがないか申請者本人が確認した。	

事業主の証明	被保険者が健康保険の資格確認書を滅失したこと、および被保険者の資格を取得した後の受診状況が、届出のとおり相違ないことを証明いたします。
	令和 年 月 日
	住所 〒
	氏名 印 電話

健康保険組合記入欄		
処理済	年	月 日

受付日付印

事業所担当者印
