健康保険　資格確認書　滅失届

被保険者記入用

※**鉛筆や消えやすいインク等で書かないでください**。楷書で丁寧にご記入ください。　提出日　令和　　年　　月　　日

被保険者情報

	記号	番号	生年月日　年　月　日
被保険者等の（右づめ）			□ 昭和 □ 平成 □ 令和
氏　名	（フリガナ）		
住　所	（〒　　ー　　） 都 道 府 県		
電話番号（日中の連絡先）	TEL　（　　）	携帯電話　（　　）	

□ 被保険者（本人）分　　原因：□ 滅失 □ き損 □ その他（　　）

□ 被扶養者（家族）分

被扶養者氏名	生年月日	性別	原因
	□ 昭和 □ 平成 □ 令和　年　月　日	□ 男 □ 女	□ 滅失 □ き損 □ その他（　　）
	□ 昭和 □ 平成 □ 令和　年　月　日	□ 男 □ 女	□ 滅失 □ き損 □ その他（　　）
	□ 昭和 □ 平成 □ 令和　年　月　日	□ 男 □ 女	□ 滅失 □ き損 □ その他（　　）
備　考			

事業主欄

事業主所在地	上記のとおり被保険者から滅失（返還不能）の申告がありましたので届出いたします。
事業主名称	
事業主氏名	
電話番号	

・任意継続被保険者（※１）の方は事業主欄の記入は不要です。

※１退職後、引き続き任意継続健康保険に加入されている者

被保険者のマイナンバー記載欄
被保険者証の記号番号がご不明の場合にご記入ください。
マイナンバー記入した場合、本人確認をするための添付書類が必要です。

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	

（令04.04）

受付日付印

日清紡健康保険組合