

健康保険 資格確認書

滅失届
毀損

健康保険組合		
常務理事	事務長	担当者

※毀損の場合は、毀損した資格確認書を添付してください。

届出年月日 年 月 日

被保険者					
記号	番号	生年月日	性別		
		5. 昭 7. 平 9. 令	年 月 日	1. 男 2. 女	

適用事業所名	
被保険者住所	〒
被保険者氏名	

滅失対象者(本人は区分欄のみ記入)				紛失理由(詳細に記入のこと)
氏名	生年月日	性別	区分	
	5. 昭 7. 平 9. 令	年 月 日	1. 男 2. 女	1. 本人 2. 被扶養者 続柄()

事業所担当者	記入上の注意	1. 太枠の中を記入して下さい	5. 生年月日の数字が1桁の時は前に0を記入して下さい
		2. 氏名は楷書でわかりやすく書いて下さい	(例) 31年7月7日 → 3 1 0 7 0 7
	3. 性別・元号・区分 → 該当数字を○で囲む	6. ペン又はボールペンで記入して下さい (鉛筆書きは不可です)	
	4. 被扶養者の続柄は住民票通りに記入して下さい (妻・子・母等)	7. 印は朱肉印をお願いします	