

健康保険 資格確認書 滅失届

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. 本 人 2. 被扶養者 続柄( )

事業所担当者

記入上の注意	<div>1. 太枠の中を記入して下さい</div> <div>2. 氏名は楷書でわかりやすく書いて下さい</div> <div>3. 性別・元号・区分 → 該当数字を○で囲む</div> <div>4. 被扶養者の続柄は住民票通りに記入してください (妻・子・母 等)</div> <div>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</div> <div>(例) 31年7月7日 → <table><tr><td>3</td><td>1</td><td>0</td><td>7</td><td>0</td><td>7</td></tr></table></div> <div>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)</div> <div>7. 印は朱肉印をお願いします</div>	3	1	0	7	0	7
3	1	0	7	0	7		