※決裁欄			常務理事	事務長		係員
	資格確認書等の返納があったときはその年月日	年　月　日				
	被保険者資格を喪失した者であるときはその年月日	年　月　日				
	届出種類	喪失・更新・検認	滅失事由	盗難・遺失・被災・紛失		

（注意事項）

一、この届書は、次の場合に提出してください。
「被保険者資格喪失届」に資格確認書等を添付して返納することができない場合。

二、記載にあたっては、次のことに留意してください。
イ、③及び⑨の年号、⑥の被扶養者の有無はそれぞれ該当する文字を○で囲んでください。
ロ、滅失した資格確認書等一枚につきこの届出書が一枚必要となります。
ハ、「※」印欄は記入しないでください。

健康保険

資格確認書 被保険者証 滅失届

① 被保険者の記号及び番号	記号				
	番号				
② 被保険者氏名			③ 生年月日	昭和 平成 令和　年　月　日生	
④ 被保険者の現住所	〒　—				
⑤ 被保険者の資格を取得した日	平成 令和　年　月　日		⑥ 健康保険の被扶養者の有無	有　無	
⑦ 被保険者が勤務をする（していた）事業所名・所在地	（イ）名称				
	（ロ）所在地				
⑧ 資格確認書等を滅失した者の氏名		続柄		⑨ 生年月日	昭和 平成 令和　年　月　日生
⑩ 資格確認書等を滅失した年月日	年　月　日		⑪ 資格確認書等を滅失した場所		
⑫ 資格確認書等を滅失した理由					
⑬ 盗難や屋外での遺失の場合の警察への届出状況	盗難・遺失物届出日	届出場所	受理番号		
	年　月　日	警察署・交番			

うえの届書に記載したとおり資格確認書等を滅失しましたが、この資格確認書等を発見したときは、ただちに返納致します。

また、万一資格喪失日以降に医療機関で受診し、貴組合に受診機関から請求があった場合は、その請求額をお支払致します。

被保険者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

上記のとおり、被保険者から届出がありましたので提出致します。
なお、今後は被保険者が資格確認書等を滅失することのないよう十分指導致します。

受付日付印

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電　話　（　　）　番