常務理事	係員	係員

資格確認書
高齢受給者証
限度額認定証　滅失・き損届（誓約書）

被保険者欄	被保険者等記号・番号	111　・　12345	記号番号が分わからない場合はマイナンバーを記入してください	
	フリガナ 氏　名	キョウアイ　タロウ 共愛　太郎	連絡先(部署名)	部署名 ○○○○ 内線：○○○○
届出理由		1．滅失　（紛失、盗難など）　※下の誓約書にも記入をお願いします 2．き損　（切る、折るなどで損傷、印字擦れ）　※現物を添付してください 上記の理由(日時など具体的に)		

届出の対象者	氏　名	続柄
	共愛　太郎	本人

誓　約　書

（**資格確認書**の滅失の場合のみ記入してください）

貴組合発行の資格確認書を滅失いたしましたので、お届けいたします。
滅失した資格確認書により、万一事故等が発生した場合は、貴組合にご負担・ご迷惑をお掛けしない事を誓約いたします。
また、後日資格確認書を発見した際は、直ちに連絡・返却いたします。
なお、盗難・被害・遺失届をした警察署・受理番号は以下の通りです。

届出先警察署：○○警察署
受　理　番　号：○○○○○○○
令和　6年　12月　20日

※届出をすることによって、届出後に他人に使用されても、あなたが使用していない事を証明できます。

被保険者氏名　共愛　太郎

【添付書類】

資格確認書交付申請書（※マイナ保険証登録をしていない方のみ必要）

（事業主証明欄）　※資格確認書、高齢受給者証の場合のみ証明

上記のとおり、被保険者から届出・申請がありましたので、
滅失・き損に相違ない事を証明いたします。

事業所所在地

事業所名称
事業主氏名
電話

(R6.10)

受付日付印

共愛会健康保険組合