

健康保険 資格確認証 滅失届

(いずれかに 滅失 き損)

下記のとおり、被保険者証の滅失届を申請します。

(申請年月日)令和 年 月 日

被 保 険 者 記 入 欄	記号番号	—	被保険者氏名	
	被保険者 住所	〒		
	被保険者 生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	滅失・き損した年月日	令和 年 月 日
	滅失対象者氏名		続柄	
	遺失届出日 (滅失の場合)	【遺失届受理番号】 月 日 () 警察署 第()号		
	申請する理由(始末書) ※詳しく記入してください			
	資格確認書の発行可否 ※いずれかに <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 発行が必要 <input type="checkbox"/> 発行不要 ※発行が必要な場合は「資格確認書再交付申請書」を提出	マイナ保険証登録 ※いずれかに <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 登録済 <input type="checkbox"/> 未登録

上記のとおり被保険者から申請がありましたので届出いたします。

事業所所在地
事業所名称
事業主氏名
電 話

常 務 理 事					
------------------	--	--	--	--	--

決済印

受付印

※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、記入者・証明者の氏名(サイン)をご記入ください(押印可)