

「資格確認書」が必要な場合は、「資格確認書交付申請書」を提出してください。
ただし、交付対象者に限ります。

健康保険被保険者証 紛失届

労務担当個所経由印

担当	各長

届出 令和 年 月 日						
被 保 険 者	資 格 情 報		氏 名		会社名・所属・連絡先	
	記 号		印		IP等(- -) 内線()	
	番 号					
	生 月 日	昭・平	現住所	TEL () -		

対 象 者	届出事由の発生日		令和 年 月 日 頃					
	再交付の事由		紛失・き損		警察への届出 (紛失したときのみ)		済・未	
	紛失理由		(紛失した理由を記入してください。)					
			健康保険被保険者証の紛失に伴って、健康保険組合へ損害を与えた場合は、賠償の責任を負い、健康保険組合には一切迷惑をかけないことを誓約いたします。					
	氏 名			性別	生 年 月 日			続 柄
			男・女	昭和・平成・令和 年 月 日				
添 付 書 類	き損の場合は、健康保険被保険者証もあわせて送付してください。							

※令和7年12月1日までは、資格喪失時に健康保険被保険者証の回収を行います。

【健康保険組合使用欄】

受付年月日

担当	事務長	常務理事