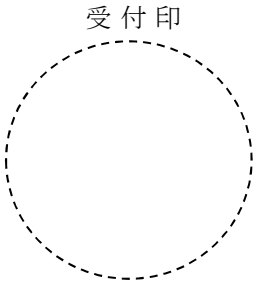


健康保険 資格確認書滅失届

		申請 年月日		年 月 日	
被保険者等	記 号		被 保 険 者 氏 名 (生年月日)		㊞
	番 号		( 年 月 日生)		
所 属 事業所	(会社名) (室・部・支店(社)) (課・所)				
失った者の 氏 名					
続 柄					
失った理由 (くわしく)					
なお、失った資格確認書を有効期限内に発見したときには、ただちに返納いたします。					

事 業 主 欄	
左記のとおり 被保険者 は、 健康保険資格確認書を失った旨 申し出たことを、 届出します。  令和 年 月 日  事業所所在地  事業所名称  事業主氏名	



組 合 処 理	処理年月日	常務理事	事務長	係	係	係	処理月
	令和 年 月 日						

(2025.11)