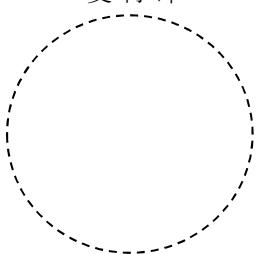


健康保険 資格確認書滅失届

| | | | | | |
|---|-------|--|---------------|-------|---|
| 被保険者等 | 記号 | | 申 請 年月日 | 年 月 日 | 印 |
| | 番号 | | 被保険者氏名 (生年月日) | | |
| 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 櫃 | |
| 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 | |

受付印



| 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)

きんでん健康保険組合