

健康保険 資格確認書滅失届

常務理事	事務長	担当者

届出年月日	令和 年 月 日
届出種別	<input type="radio"/> 滅失届のみ <input type="radio"/> 同時に「資格確認書」交付を申請 ※資格確認書の有効期限内にき損・滅失した際に本書類で届出ください。 ※再交付が必要な場合は、別途『資格確認書(再)交付申請書』を添付ください。 (資格確認書の交付申請は、マイナ保険証の利用が困難な状態にある方に限ります。)
届出理由	<input type="radio"/> き損 <input type="radio"/> 滅失 ※滅失はその事由→ <input type="radio"/> 盗難 <input type="radio"/> 紛失 <input type="radio"/> 焼失 <input type="radio"/> その他 ()

被保険者情報	被保険者記号・番号	記号	番号(従業員番号)	(フリガナ)氏名 (氏)	(名)
	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	住所	〒 都 道 府 県
	事業所名称				
	所属部署名	連絡先 (内線可)			

↓ 被保険者証をき損・滅失した方について記入してください。 ↓

き損・滅失した者の情報	届出対象者氏名	氏名 (氏)	続柄	生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日
	滅失した場合の状況	減失年月日 令和 年 月 日 減失場所 届出の有無: <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり ※「あり」は以下を記入 警察署等への届出 届出日 令和 年 月 日 届出先	滅失したときの状況を詳しく記入してください。	

誓約・承諾

* 資格確認書のき損、滅失により生じた損害については、当方にて一切の責任を負います。
* (滅失の場合)後に資格確認書を発見したときは、速やかに返納いたします。

被保険者氏名

上のとおり、被保険者から資格確認書のき損・滅失に関する届出がありましたので提出いたします。
なお、今後は資格確認書の取り扱いおよび管理について留意するよう指導いたします。

事業所 所在地 名称

事業主 氏名

事業主提出日 令和 年 月 日

受付日付印

※ き損した資格確認書は、本届出書に添付して返納ください。
 ※ 盗難や屋外で滅失したとき等、資格確認書が第三者の手に渡ると悪用される可能性がありますので、被害防止のためにも警察署等へ届出などの処置をとってください。
 ※ 届出書は、人事または各管理部門へ提出してください。
 ※ 資格確認書が必要な場合は、別途『資格確認書(再)交付申請書』を添付ください。

(健保メモ欄)

被保険者の記号と番号を記入したときは、右欄は記入不要です。記号・番号に代わり個人番号(マイナンバー)で届出を行なうときに限り記入してください。ただし、被保険者の個人番号であることを特定する書類の添付が必要です。