

健康保険（一般用）

※いずれか該当のものにチェック

資格確認書滅失届

<input type="checkbox"/>	有効期限内に毀損（注）したとき
<input type="checkbox"/>	有効期限内に紛失したとき

（注）「毀損」の場合は、毀損した資格確認書を添付してください。

令和 年 月 日 提出

被 保 険 者	記号	番号	〒		—
			住所		
	事業所名		フリガナ		
			氏名		Ⓜ
	所属部室店名			勤務先電話番号	
	(行内メール気付、入居ビル名等)				
滅失又は毀損した対象者	続柄		氏名		
紛失した年月日	令和 年 月 日	紛失した場所			
紛失した状況を右欄へ詳しくご記入ください ※自宅以外で紛失した場合は警察への届出をお願いいたします。	① 届出警察署等の名称 _____ ② 警察紛失届受理番号 _____ ③ 紛失状況： ※紛失した資格確認書を後日発見した場合は直ちに返納することを約束します。				
紛失の 誓約書 の 記入 場合	上記の通り資格確認書（私或いは家族）を発見した場合は直ちに返却いたします。資格喪失後に資格確認書で受診等をおこなった場合は不正使用に当たる事を認識し、医療費返還等を含め一切の責任を負う事を誓約します。 被保険者氏名 _____ Ⓜ				
事業主の証明	必須	上記申請について相違ないことを証明いたします。		事業主印	
		所在地		○	
		事業所			
		名称			
		事業主の氏名			
※事業主印は役職印を押印してください。（個人印不可）					

事業主の証明：FG, BK, TB...支店→支店長、本部→所属部長, SC, RT...人事部長

関連会社の方は、事業所健保担当部署で証明を受けてください。

受付日付印

備考欄

処理日	常務理事	事務長	次長	係員
令和 年 月 日				