

健康保険被保険者資格証明書 滅失届

				年 月 日 提出
被 保 険 者	記号	番 号	被 保 険 者 氏 名	住所(本人の現在の居住地)
	フリガナ		印	〒
	生 年 月 日		昭和・平成・令和 年 月 日	
	事 業 所 名		所 属 部 室 店 名	
受診者が被扶養者であるとき		フリガナ		続柄
		氏 名		
		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	
資 格 証 明 書 受 理 日		令和 年 月 日		
滅失の事由 ※詳しくご記入下さい				
事業主の証明	上記事由の通り届出がりましたが、確認の結果相違ないと認められます。			
	所在地			
	事業所 名 称			
	事業主の氏名	印		

受付日付印

処 理 日	常務理事	事務長	次長	担当
年 月 日				