常務理事	事務長	部長	次長	課長	係長	主任	担当

健康保険 資格確認書 滅失 届

確認欄	
□	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容について誤りがないか申請者本人に確認している。

令和　　年　　月　　日 提出

記号･番号	記号(左づめ)	番号(左づめ)	生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和　年　月　日
被保険者氏名	フリガナ		
対象者	□ 1 被保険者(本人)分のみ 2 被扶養者(家族)分のみ 3 被保険者(本人)および被扶養者(家族)分		

滅失届申請の対象となる方をご記入ください				
	被扶養者	フリガナ 氏名	生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和　年　月　日	続 柄
	被扶養者	フリガナ 氏名	生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和　年　月　日	続 柄
	被扶養者	フリガナ 氏名	生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和　年　月　日	続 柄
	被扶養者	フリガナ 氏名	生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和　年　月　日	続 柄

滅失届申請となった原因を詳しく記載してください	【盗難の場合は悪用されるケースも想定されますので、警察への連絡･届出をおすすめします】

上記の通り、資格確認書を滅失したのでお届けします。今後は十分取扱いに注意いたします。
なお、この資格確認書を発見したときは、ただちに返納いたします。

令和　　年　　月　　日

被保険者　　住所

氏名

事業主欄	
	上記、届出理由を調査したところ相違ないので証明します。
	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名
	電話番号

受付年月日

社会保険労務士の提出代行者名記入欄	