資格確認書・健康保険被保険者証

滅失届

常務理事	事務長	担当者

① 記号番号	—	② 滅失した書/証 ※いずれか○をつけてください	・ 資格確認書 ・ 健康保険被保険者証	
③ 被保険者名		④ 生年月日	昭和 平成	年 月 日
⑤ 資格取得日	昭和・平成・令和 年 月 日	⑥ 資格喪失日	令和	年 月 日
* 退職時に滅失していた場合ご記入ください（再交付しません）				
⑦ 勤務先 (工場名)				
⑧ 対象者	氏名	続柄	氏名	続柄
⑨ 滅失した状況 (なるべく詳細に)	※滅失・盗難の場合、第三者に悪用されることも考えられますので、警察に届出をしてください。			
<p>上記のとおり、資格確認書・健康保険被保険者証を滅失いたしました。 万一、不正使用された場合は責任をもって、弁償致しますとともに今後は、 取扱いに十分注意いたします。なお、発見したときは、ただちに返納いたします。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">〒</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: center;">被保険者</p> <p style="text-align: center;">氏名</p>				

※資格確認書の再発行を希望する場合は別紙「資格確認書（再）交付申請書」をご提出ください。

事業主証明欄	上記のとおり被保険者から資格確認書・健康保険被保険者証滅失の届出がありましたので証明します。なお、今後は滅失することのないように指導いたします。			
	令和 年 月 日			
	事業所在地	〒		
	事業所名称 事業主氏名 電話番号	()		

健保受付印

横浜ゴム健康保険組合