決裁日付印

健保記入欄			常務理事	事務長		扱者
	資格確認書の返納があった場合は、その年月日	令和　年　月　日				
	被保険者の資格を喪失した者である場合は、その年月日	令和　年　月　日				
	届出の種類	喪失・検認・毀損・他				
	事由の種類	盗難・遺失・焼失・紛失・破損・汚損				

健康保険 資格確認書 滅失・毀損届

※個人番号または記号・番号のいずれかを記載ください。

※ 被保険者個人番号					
※ 被保険者の 記号	番号	氏名	昭和・平成・令和　年　月　日生		性別 男・女
被保険者の現住所	〒 TEL　－　－				
滅失対象者	氏名	生年月日			性別
		昭和 平成 令和　年　月　日			男・女
		昭和 平成 令和　年　月　日			男・女
		昭和 平成 令和　年　月　日			男・女
		昭和 平成 令和　年　月　日			男・女
		昭和 平成 令和　年　月　日			男・女
資格確認書を滅失した年月日	令和　年　月　日	資格確認書を滅失した場所			
資格確認書を滅失した事由（できるだけ詳しく記入して下さい）					

① マイナ保険証を保有していない方はこの届と併せて「資格確認書（再）交付申請書」をご提出ください。マイナ保険証を作成した方・資格喪失による資格確認書返却時にこの届を提出する場合は「資格確認書（再）交付申請書」は不要です。

② 毀損（破損・汚損）による届出の場合は当該資格確認書を添付して提出してください。

【下記誓約欄は滅失時のみご記入ください。】

資格確認書発見の際の返納誓約

うえの届出書に記載した通り資格確認書を滅失しましたが、この資格確認書を発見したときには、直ちに返納致します。尚、万一紛失した資格確認書を他人に使用されたことにより、健康保険組合が被る損害について、私が全責任を持って弁償することを誓います。

被保険者氏名　　印

事業所内点検印	担当課(係)長印	事業所証明欄	上記届出について、事実に相違ない事を証明します。 令和　年　月　日 事業所　所在地 名称 代表者名　印 TEL　－　－
	担当者印		

＊ 受付日付印

2024.12.3作成

不二サッシ健康保険組合