

常務理事	事務長	検算	係

健康保険 資格確認書 (本人・家族) 滅失届  
高齢受給者証

① 被保険者の 氏名		② 性別	男・女	③ 生年 月日	昭和 平成 令和	年	月	日生
④ 被保険者の 現住所	〒							
⑤ 健康保険被保険者等	記号		番号					
⑥ 被保険者の 勤務する (していた) 事業所の	(イ) 名称	部 課 支社 営業所						
	(ロ) 所在地							
	(ハ) 資格取得年月日	昭和・平成・令和	年	月	日	(ニ) 被扶養者 の有無	有 ( ) 人 ・ 無	
	(ニ) 資格喪失年月日	昭和・平成・令和	年	月	日			
⑦ 資格確認書等を滅失 (紛失) した該当者の氏名	続柄	滅失 (紛失) 時の状況						
⑧	令和 年 月 日提出 うえの届書に記載したとおり資格確認書等を紛失いたしました。この資格確認書等を発見したときは、 ただちに返納いたします。							
	住所 被保険者の 氏名							
⑨ 備考							受付日付印	