

健康保険資格確認書 減失届

記入例

令和 年 月 日提出

提出者記入欄	事業所所在地	〒 345 - 6789 東京都□□市□□町 3 - 2 - 1	事業所記号	1	2	3	4	確認印
	事業所名称	医療法人社団 □□会						
	事業主氏名	理事長 □□ □□	社会保険労務士記載欄					
	電話番号	□□ (□□□□) □□□□	氏 名 等					

被保険者の番号		被保険者氏名		生年月日	
56789		健保 太郎		昭・平・令	50 年 10 月 1 日
被保険者の住所					
住民票住所	〒 1 2 3 - 4 5 6 7 東京 都道府県 ○○ 市区町村 ○丁目○番地				
	建物名： ○○マンション 部屋番号： 1 0 2				
居所住所	〒 2 7 0 - 1 1 1 1 千葉 都道府県 ○○ 市区町村 ○丁目○番地				
	建物名： ○○団地 部屋番号： 2 0 3				
自宅電話番号		03 - ○○○○ - ○○○○		携帯電話番号 080 - ○○○○ - ○○○○	

資格確認書を減失したもの ※ □にチェックを してください	☐ 被保険者			
	☐ 被扶養者（該当者を以下に記入）			
	被扶養者氏名	続柄	生年月日	
			昭・平・令	年 月 日
減失の事由（詳細）	資格確認書を入れた財布を落としてしまったため			
被保険者の誓約	上記の通り資格確認書を減失しましたが、この資格確認書を発見した時は、ただちに返納いたします。 なお、万一これにより事故発生した場合には責任を持って解決いたします。			
	令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 氏名 健保 太郎	内容を確認しました。 ☒ ※必ず□に✓を付してください		

【注意事項】

・ 減失届は、資格喪失および扶養削除の際に資格確認書を減失しており、当組合に返納ができない場合に提出していただく書類です。
在籍中で資格確認書の再交付が必要な場合は、「健康保険資格確認書（再）交付申請書」をご提出ください。

オンライン印	受付印