

健康保険 資格確認書 滅失・毀損届

※資格確認書の交付が必要な場合は、別途「健康保険 資格確認書（再）交付申請書」をご提出ください。

正

太線枠のみに記入してください。毀損した場合は、速やかに提出してください。

被 保 険 者 情 報	記号					被 保 険 者 氏 名	印	生年月日	昭和 平成	年	月	日	性 別	男・女
	番号													
	住民票 住所	〒								TEL	()			

滅 失 ・ 毀 損 に 対 す る 情 報	滅 失 ・ 毀 損 対 象 者	氏 名		生 年 月 日			続 柄	届出することになった事由	
				昭和 平成 令和	年	月	日		1. 喪失（令和 年 月 日） 2. 滅失（マイナ保険証保有状況 有・無） 3. 毀損（マイナ保険証保有状況 有・無）
				昭和 平成 令和	年	月	日		1. 喪失（令和 年 月 日） 2. 滅失（マイナ保険証保有状況 有・無） 3. 毀損（マイナ保険証保有状況 有・無）
			昭和 平成 令和	年	月	日		1. 喪失（令和 年 月 日） 2. 滅失（マイナ保険証保有状況 有・無） 3. 毀損（マイナ保険証保有状況 有・無）	
	滅 失 状 況	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 滅失した理由								

※毀損の場合は状況記入は必要ありません。

上記の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は直ちに返納いたします。 なお、この滅失資格確認書によって、故意に不正使用する等により保険給付に事故が発生したときは一切の責任を負います。

注)資格確認書を滅失・毀損したが、今後マイナ保険証を利用する場合は本届のみ提出してください。

令和 年 月 日 提出

提 出 者	事業主の確認により本人押印を省略する場合は、下記にチェックをしてください。 ☐ 本人押印の省略にあたり、被保険者に届出意思を確認しました。	
	事業所所在地	
	事業所名称	
	事業所氏名	
	電話番号	()



市光工業健康保険組合 理事長 殿

社会保険労務士の提出代行者

受付日付印