

記入例を参考に「被保険者情報」「滅失・毀損に対する情報」の記入をお願いします

### 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。

被 保 険 者 情 報	記号	1	8			被保険者 氏名	健保 太郎		生年月日	昭和 平成	年	月	日	性 別	男	女		
	番号	〇	〇	〇	〇						5	0	1	0	2	5		
	住民票 住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇		東京都〇〇区△△町 〇-〇〇-〇〇				TEL	03 ( 〇〇〇〇 )		□□□□							
滅 失 ・ 毀 損 対 象 者	氏 名		保 子		生 年 月 日		昭和 平成		年		月		日		続 柄	妻		
	健 保		保 子		昭和 平成		5		0		1		2		3		0	
	健 保		良 助		昭和 平成		2		0		0		6		2		0	
					昭和 平成 令和													
滅 失 状 況	資格確認書を 滅失した年月日	令和 6年 12月 10日				資格確認書を 滅失した場所	自宅付近の飲食店											
	資格確認書を 滅失した理由	資格確認書が入った財布を置き忘れた																

資格確認書を添付してください。提出期限・速やかに

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 6年 12月 12日 提出

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 神奈川県〇〇市〇〇 △△番地  
 事業所名称 〇〇工業株式会社  
 事業所氏名 代表取締役社長 □□ □□  
 電話番号 0463 ( 〇〇 ) □□□□



市光工業健康保険組合 理事長 殿

----- 受付日付印 -----

社会保険労務士の提出代行者