常務理事	事務長	課長		

※経過	被保険者の資格を喪失した者であるときは、その年月日		年　月　日	
	滅失事由の種類	盗難・遺失・焼失・紛失	届書の種類	喪失・再交・更新

健康保険　資格確認書滅失届

被保険者欄	① 被保険者の記号・番号	記号		番号		
	② 被保険者の氏名			③ 性別	男・女	
	④ 被保険者の生年月日	昭和・平成・令和　年　月　日生				
	⑤ 被保険者の住所	〒　— 電話　—　—				
	⑥ 被保険者の資格取得年月日	昭和 平成 令和　年　月　日		⑦被扶養者の有無	有（　）人・無	

⑧	資格確認書を滅失した対象者氏名		

⑨ 資格確認書を滅失したときの状況（詳しく）	

年　月　日提出

うえの届書に記載したとおり、資格確認書を滅失いたしましたが、今後は充分に取扱いに注意いたします。

なお、この資格確認書を有効期限内に発見したときは、ただちに返納いたします。

被保険者　住所 〒　—

氏名

電話　—　—

任意継続被保険者の方は事業主欄の記入は不要です。

事業主欄	〒　— 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話　—　—

受付日付印

社会保険労務士記載欄	

1. この届書は、資格確認書を滅失したため再交付を受ける場合、「被保険者資格喪失届」「被扶養者（異動）届（削除）」に資格確認書を添付して返納することができない場合、また氏名変更等による資格確認書更新の際に資格確認書を返納することができない方が提出するものです。
2. ③・④・⑥・⑦の欄は、それぞれ該当する文字を〇で囲んでください。
3. ※の欄は、記入しないでください。

印刷製本包装機械健康保険組合