

※下記のいずれかに☑を入れて提出してください。

健康保険 被保険者証 資格確認書 減失届

① 記号 - 番号	—	※ 届書の種類	喪失・再交・更新・検認
② 被保険者氏名		③ 生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
④ 資格取得年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	⑤ 被保険者証または資格確認書を滅失した方の氏名	
⑥ 被保険者の勤務する事業所の	(イ) 名称		
	(ロ) 所在地		
⑦ 被保険者証または資格確認書を滅失したときの状況			
令和 年 月 日 提出			
うへの届書に記載したとおり、被保険者証または資格確認書を滅失いたしました。今後は充分取扱いに注意いたします。			
なお、この被保険者証または資格確認書を発見したときは、ただちに返納いたします。			
被 保 険 者 の 住 所			
氏 名 ㊟			
⑧ 備考			----- 受付日付印

(注意事項)
この届書は、下記の場合に提出するものです。
・健康保険の被保険者証または資格確認書を滅失したため、資格確認書の交付または再交付を受ける場合
・「健康保険 被保険者資格喪失届」または「健康保険 被扶養者(異動)届」(減少)を提出する際に被保険者証または資格確認書を滅失等により返納できない場合

社会保険労務士の提出代行者印		㊟
----------------	--	---