

健康保険資格確認書滅失届

健康保険組合		
常務理事	事務長	係

記 号	番 号	被 保 険 者 の 氏 名		生 年 月 日			性別		
〇〇	〇〇〇〇〇	健 保 太 郎		昭和 平成 令和	年 〇 〇	月 〇 〇	日 〇 〇	男 女	
郵便番号		被 保 険 者 の 住 所				電 話 番 号			
〇〇〇-〇〇〇〇		〇〇市〇〇〇区〇〇〇丁目〇-〇〇				(〇〇〇) 〇〇〇-〇〇〇〇			
申 請 の 対 象 者	フリガナ	フリガナ	生 年 月 日		性別	被保険者との 続 柄	保険者証を滅失した理由		
	氏	名							
	ケンボ	ヤスコ							
	健 保	康 子	昭和 平成 令和	年 〇 〇	月 〇 〇	日 〇 〇	男 女		
			昭和 平成 令和	年	月	日	男 女		
			昭和 平成 令和	年	月	日	男 女		
			昭和 平成 令和	年	月	日	男 女		
							令和〇年〇月〇日、△△病院から帰宅時、資格確認証を紛失していたのに気付きました。 〇〇交番に確認をとりましたが、見つからず遺失届を提出しました。 遺失届受理番号：1234		

赤字で記入している箇所を
すべて記入してください。
(不明な箇所があれば
空白で結構です。)

上記のとおり滅失届を申請します。
なお、失った被保険者証を発見したときは、直ちにそれを返却いたします。

令和 1 年 1 2 月 1 日

近畿日本鉄道健康保険組合理事長 殿

被保険者の氏名 健 保 太 郎

事業主
(代理人)

職 氏 名

令和 年 月 日