

健康保険 資格確認書 滅失届

常務理事	事務長		係

被 保 険 者 情 報	記 号		番 号		氏 名	フリガナ
	生年月日	1 昭和 2 平成 年 月 日			電話番号 (日中の連絡先)	()
	住 所	〒 - 都 道 府 県				

対 象 者	氏 名	続柄	資格確認書を紛失した理由

上記の通り、資格確認書を紛失したため届出します。なお、万一紛失した資格確認書を第三者に使われた場合は私が全責任を負いますとともに、発見したときは遅滞なく返納いたします。

令和 年 月 日

被保険者氏名
(自署) _____

この届出書は、下記の場合にご提出ください。

- 有効期限内の資格確認書を紛失したため、資格確認書の再交付を受ける場合
- 資格喪失届または被扶養者異動届(削除)を提出する際に、紛失より資格確認書を返納できない場合

【注意事項】
有効期限内の資格確認書を紛失した場合は、原則、マイナ保険証をご利用ください。マイナ保険証を利用できない場合は、資格確認書を再交付しますので、本届出とあわせて、「資格確認書(再)交付申請書」をご提出ください。
なお、資格確認書の再交付には1,000円の交付手数料がかかります。

事 業 主 欄	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名
	電話番号 ()

受付印

社会保険労務士の 提出代行者名記入欄	
-----------------------	--