常務理事	事務長	部 長	課 長	確認者	扱 者

健康保険資格確認書 滅失届

（注意事項）
この届書は、「被保険者資格喪失届」に資格確認書を添付して返納することができない場合、資格確認書の更新ないしは検認の際に資格確認書を提出または返納することのできない場合、または被扶養者を削除するために被扶養者異動届に添付することができない場合に提出するものです。
◎⑤欄は、滅失した人について被保険者を含め全員を書いてください。

① 被保険者の記号番号	記号	番号	② 被保険者氏名	
③ 生年月日	昭和 平成 年 月 日		④ 被保険者の資格喪失年月日	令和 年 月 日

⑤ 資格確認書を滅失した者の氏名・続柄・生年月日	氏名	続柄	生年月日	備考
			昭和 平成 令和 年 月 日	
			昭和 平成 令和 年 月 日	
			昭和 平成 令和 年 月 日	
			昭和 平成 令和 年 月 日	
			昭和 平成 令和 年 月 日	

⑥ 被保険者の勤務する(していた)事業所の		
	(ア) 名称	
	(イ) 所在地	

⑦ 資格確認書を滅失したときの状況(詳しく)	いつ どこで どの様に

令和 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、今後は十分取扱いに注意します。

なお、この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（事業所で紛失した場合は事業所の）
住所
氏名
電話

備考	

受付日付印

【事業主記載欄】

確認（チェック）欄	・被保険者に届出意思を確認しました。 ・記載内容について誤りがないか被保険者本人が確認しています。
□	

社会保険労務士の提出代行者