

健康保険 被保険者証 減失届
資格確認書

常務理事	事務長	課 長	係 長	係 員

【発見の際の返納誓約】

上記の届出の通り、資格確認書を減失しましたが、今後は取扱いに充分注意します。なお、発見した場合には交付日の古いものをただちに返納いたします。

令和 年 月 日

被保険者氏名

被 保 険 者 情 報	事業所 記号		被保険者 整理番号		(フリガナ) 氏名	
	生年月日	☐ 昭和 年 月 日 ☐ 平成 年 月 日			届出の 種類	☐ 被保険者喪失のため ☐ 再交付申請のため ☐ 被扶養者削除のため
	住所	〒 - TEL - -				

減失した日	令和 年 月 日	減失した場所	
-------	----------	--------	--

減 失 し た 者	氏 名 (フリガナ)		生年月日	減失した理由 (詳細に記入してください)
	被 保 険 者		☐ 昭和 年 月 日 ☐ 平成 年 月 日	
	被 扶 養 者 ①		生年月日 ☐ 昭和 年 月 日 ☐ 平成 年 月 日 ☐ 令和 年 月 日	減失した理由 (詳細に記入してください)
	被 扶 養 者 ②		生年月日 ☐ 昭和 年 月 日 ☐ 平成 年 月 日 ☐ 令和 年 月 日	減失した理由 (詳細に記入してください)
	被 扶 養 者 ③		生年月日 ☐ 昭和 年 月 日 ☐ 平成 年 月 日 ☐ 令和 年 月 日	減失した理由 (詳細に記入してください)

上記の通り、被保険者から交付申請がありましたので提出いたします。	
事業所 所在地	〒 -
事業所名称	
事業主氏名	

受 付 印

社会保険労務士の提出代行者記入欄

※注意事項
この届出書は下記事由に対して資格確認書(家族分含む)を減失した場合に提出して下さい。

- 1. 被保険者喪失届・被扶養者異動届(削除)申請
- 2. 再交付申請