

- 資 格 確 認 書
- 健 康 保 険 限 度 額 適 用 認 定 証
- 高 齢 受 給 者 証
- 特 定 疾 病 療 養 受 給 者 証
- () *

紛失届

退職時や扶養減の届出の際に、証書を紛失し返却できない場合に紛失した証書に印を付けてお届ください。
 複数のものの届出が必要な場合は、それぞれ紛失届をご提出ください。

※上記 4 証書以外のものを届け出る場合は、該当する書類の名称を記載してください。

【注意】消える筆記具で記載されたものは、受付いたしませんのでご注意ください。

なお、被保険者記号・番号が不明の場合は、勤務先の健保担当窓口にご確認ください。

被保険者等記号	番号	被保険者氏名	性別	生 年 月 日					
			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日		
記号・番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください。									
紛失の 対象者	続柄	枝番	フリガナ		性別	生 年 月 日			
			氏 名			年	月	日	
	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日
	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日
	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日
	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日
紛失理由(紛失した場所や理由を詳しくご記入ください。)									
被 保 険 者 自 署 欄									
	上記の理由により、証書を返却できないことを届出します。 後日、紛失した証書を発見した場合は、速やかに健康保険組合へ返却いたします。								
	令和 年 月 日				被保険者氏名(自署)				

令和 年 月 日 提出

上記、届出内容に誤りがないことを確認しました。

事業所所在地

事業所名称

事業主(代理人)氏名

電話連絡先

事業主担当者確認 申請者(被保険者)が作成したものである

健保承認No.	受付日付印
<input type="checkbox"/> 資格喪失日 令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 扶養削除日 令和 年 月 日	

常務理事	事務長	主任	担当