

※経過	資格確認書の返納があった時はその年月日	年 月 日	常務理事	事務長	課 長	係 長	担 当
	資格喪失日 扶養削除日	年 月 日					

① 被保険者 記号番号	記号 番号	健康保険資格確認書 滅失届					
② 被保険者 氏名				③ 被保険者 生年月日	昭和 平成	年 月 日	
④ 被保険者 住所							
⑤ 資格確認書滅失該当者の氏名・生年月日			⑥ 続柄	⑦ 該当者の現住所			
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							
⑧ 資格確認書を 滅失した日	年 月 日		⑨ 資格確認書を 滅失した場所				
⑩ 資格確認書を 滅失した状況 (詳しく)							
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この資格確認書を発見したときは、直ちに返納いたします。							
年 月 日 被保険者氏名							

事業主欄	上記のとおり、資格確認書を滅失したため提出します。 なお、資格確認書を回収したときは直ちに返納いたします。
	年 月 日
	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名
	電話番号

受付日付印

社会保険労務士 記載欄	
----------------	--

- この届書は、健康保険資格確認書を滅失したため「被保険者資格喪失届」「被扶養者（異動）届」等に添付して返納することができない場合に提出するものです。
- ③⑤の生年月日記入欄は、該当する元号を○でかこんでください。
- ※欄は記入しないでください。