

※ 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	<b>健康保険資格確認書 滅失届</b>					
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		
社会保険労務士 記載欄		

受付日付印

1. 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。
2. 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。
3. ※欄は記入しないでください。