

健康保険 資格確認書 滅失届

退職等により返却を必要とする資格確認書を「返納できない場合」の届出書になります。

太枠の欄は、必ず入力または記入してください。

健 保 使 用 欄	常務理事	課長	課長代理	主任	担当

事業所名	記号	番号	フリガナ	
			被保険者氏名	

フリガナ 滅失者氏名 個人番号 ※記号・番号を記入した場合は不要	滅失した理由	資格喪失年月日（退職日の翌日）
		(和暦) 年 月 日

同 意 書 (兼 誓 約 書)	上記の内容のとおり「資格確認書」を滅失いたしました。 滅失した「資格確認書」を発見したときは、廃棄せず、ただちに貴組合に連絡し返納いたします。 「資格確認書」の不正使用によって、貴組合に損害が生じた場合は、その一切の責任を負うことを誓います。 (和暦) 年 月 日 被保険者氏名	事 業 主 証 明 欄	上記のとおり「資格確認書」を滅失し、回収不能のため届出します。 (和暦) 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