

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 株式会社IHI	記号 1	番号 1 2 3 4 5 6 7	フリガナ ケンポ ヤスオ
			被保険者氏名 健保 康男

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)
ケンポ クミコ 健保 組子	保管場所がわからなくなった	(和暦) ×× ○ 年 12 月 24 日
		(和暦) 年 月 日
		(和暦) 年 月 日
		(和暦) 年 月 日

※被保険者等の記号番号を記入した場合は
個人番号の記入は不要。

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。	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 12 月 24 日 被保険者氏名 健保 康男		(和暦) ×× ○ 年 12 月 24 日 事業所所在地 東京都江東区豊洲三丁目1番1号 事業所名称 株式会社IHI 事業主氏名 ○○ ○○○ 電話番号 03 (0000) 0000

受付日付印