

※ 1. 有効返納資格確認書の提出は、健康保険の資格取得又は確認のため、再交付を受ける場合、確認書の提出による更新、再交付を受ける際に、資格、確認書の提出又は返納することにより、資格が確認できない添付者

※	経過	被保険者の返納があったときはその年月日	年 月 日	常務理事	事務長		担当
		被保険者の資格を喪失した者であるときはその年月日	年 月 日				
	過	届出の種類	喪失 ・ 再交 ・ 更新 ・ 検認		滅失事由の種類	盗難 ・ 遺失 ・ 焼失 ・ 紛失	

被保険者の記号と番号	記号	〇〇	健康保険	資格確認書滅失届			
	番号	〇〇〇〇〇〇〇					
被保険者の氏名	健保 太郎			被保険者の生年月日	昭和 平成	〇 年 〇 月 〇 日生	
被 保 険 者 の 住 所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市△△町123						
資格取得年月日				昭和・平成 〇 〇 年 〇 〇 月 〇 〇 日			
資格確認書を滅失した者の氏名				生 年 月 日		被保険者との続柄	
健保 太郎				昭和 平成 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日		(例) 本人	
				昭和 平成 令和 年 月 日			
				昭和 平成 令和 年 月 日			
被保険者の勤務する(していた)事業所		名 称	〇〇〇〇〇〇〇				
		所在地	〇〇県〇〇市△△町456				
資格確認書を滅失した年月日			〇〇 年 〇 月 〇 日		資格確認書を滅失した場所	(例) 駅のホーム	
資格確認書を滅失した事由(詳しく)			具体的に記載してください。 ※警察の届出有無についても記載してください。 ※警察届出の有無 : 有 ・ 無				

(資格確認書発見の際の返納誓約)

うへの届出に記載したとおり資格確認書を滅失しましたが、この資格確認書を発見したときは、ただちに返納いたします。

被保険者氏名

事業主の証明	健康保険の資格確認書を滅失したことは上記届出のとおり相違ないことを証明いたします。	
	令和 年 月 日	
	事業主所在地	
	事業主名称	
	事業主氏名	

※

受付日付印