

※経過	資格確認書の返納があったときは、その年月日			年			月			日
	資格確認書の資格を喪失した者であるときは、その年月日			年			月			日

記入例

健康保険 資格確認書 滅失届

◎「※」印欄は記入しないでください。

被保険者の記号		被保険者の番号		被保険者の氏名(押印不要。下記確認欄☑必須)	
※		(左詰め)		カナ	ケンポ タロウ
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 0			(氏名)	健保 太郎
被保険者の住所					
〒100-0000 東京都中央区〇〇1-1 △△マンション101					
資格確認書を滅失した者の氏名				被保険者との続柄	
カナ	ケンポ タロウ			本人	
(氏名)	健保 太郎				
資格確認書を滅失した場所				資格確認書を滅失した年月日	
場所を詳しく ※わからない場合は「不明」				令和	年 月 日 0 4 1 0 0 1
資格確認書を滅失した事由(滅失者の氏名や状況等詳しく)					
届出警察署名【必須】			届出番号【必須】		
〇〇警察署			NO.×××××		
【記入上の注意①】 いつ、どこで、誰が等、滅失状況を詳しく。					
【記入上の注意②】 警察署名・届出番号が書かれた警察署用紙の写しは添付してください。 添付の場合、「届出番号」欄に「添付」と記入していただければ、番号の記入は不要です。 ※警察署から健保組合へ連絡が入る場合もありますので、正確に把握するためご協力下さい。 ※警察署によっては用紙がない場合があります。その際は記入のみで結構です。					
確認欄					
この届出については、①または②の要件を満たしたものである。※☑をお願いします。					
☑ ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。					
【重要】 ②申請者本人が確認している。					

(資格確認書の写しを添付してください。)

うえの届出事項と異なる場合は、届出時にその旨を記載してください。

今後の取扱いに際しては、この届出書を提出したことを誓約致します。

滅失による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 健保 太郎

事業主証明欄	被保険者(含む被扶養者)が健康保険の資格確認書を紛失したことが、届出のとおり相違ないことを証明します。
	事業所所在地 (〒 -) 令和 年 月 日提出
	事業所名称 ※事業主記載欄のため、被保険者記入不要です。
	事業主氏名
	電話番号 TEL ()
社会保険労務士の提出代行者名	

【訂正方法】
●訂正の際は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と被保険者(または事業主担当者や証明者)の氏名(サイン)を記入してください。
例： あいうえお かきくけこ(健保太郎)