

提出期限:事由発生からただちに

滅失届

該当する項目に
○印を記入⇒

<input checked="" type="checkbox"/>	健康保険被保険者証
<input type="checkbox"/>	資格確認書

<input type="checkbox"/>	高齢受給者証
<input type="checkbox"/>	限度額認定者証
<input type="checkbox"/>	特定疾病療養受給証

被保険者証または資格確認書は、健保組合でクレジットカードやキャッシュカードのように効力を停止することができないため、必ず警察への届出をお願いします。後日、紛失した資格確認証等が見つかった場合には、必ず資格確認書等を返還してください。

健康保険被保険者証または資格確認書		被保険者氏名	太平洋	被保険者住所	〒 112 - 0000 東京都文京区後楽0-0-0
記号	番号	事業所名	太洋健康保険組合	被保険者TEL	03-0000-XXXX
999	12345	TEL	03-5801-0000 内線		

返納できない理由(具体的に) *紛失した方の氏名を記入願います。	資格確認書等発見の際の返納誓約
対象者名 太平洋 続柄 本人	上記の届出書に記載したとおり資格確認書等を滅失しましたが、この資格確認書等を発見したときは、ただちに返納いたします。
3 鞆を紛失時に一緒に紛失	氏名 太平洋 4
	5 令和 4 年 3 月 31 日

上の申請について事実と相違ないことを証明します。	事業所番号
事業所所在地 東京都文京区小石川0-0-0	〒 112 - 0000 999
事業所名称 太洋健康保険組合	担当者名
事業主氏名 理事長 日本海 太郎	瀬戸内
電話 03 - 0000 - XXXX	

受理印

記入もれや誤りが多いところ(特にご注意ください)

- 1 該当するものに○をつけてください。
- 2 理由を詳細に記入してください。健康保険被保険者証または資格確認書の記号・番号を記入してください。
- 3 理由を詳細に記入してください。
- 4 被保険者の署名が自筆の場合は、押印を省略することができます。
- 5 事業主にこの届を提出した日を記入してください。