

健康保険 資格確認書紛失届

常務理事	事務長	係

資格確認書	記号		番号		記入日	年 月 日			
被保険者氏名					生年 月 日	昭和 平成	年 月 日		
資格確認書を 紛失した者の 氏名・生年月日	氏 名			生	年	月	日	備 考	
					年	月	日		
					年	月	日		
					年	月	日		
					年	月	日		
被保険者の 現 住 所	〒 -								
被保険者の資格を 取 得 し た 日	年 月 日								
資格確認書を 紛失した年月日	年 月 日			資格確認書を 滅失した場所					
資格確認書を 滅失した理由 (詳細に)	警察へ届けた場合の受理番号								
[資格確認書発見の際の返納誓約] 本件に関し事後組合に損失をかけた場合は、全責任を負います。 上の届書に記載したとおり資格確認書を紛失しましたが、この資格確認書を 発見したときは、ただちに返納します。 署名 又は印 被保険者氏名									

* 受付日付印

