

常務理事	事務長	担当

健康保険 資格確認書 滅失・毀損申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者等 記号番号	記号 番号	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	資格取得 年月日	平成 令和	年	月	日	
	被保険者 氏名	フリガナ (自 署)		被保険者 住 所 電 話 番 号	〒								
	コーポレートID												
	事業所名												
	部署名				電話 ()								
	提出理由 (該当するものに○を)	1. 滅失	紛失・盗難・資格喪失時(年 月 日)										
		2. 破損	印字のかすれ等										
		3. その他	(理由)										
	該当者 (該当するものに○を)	1. 被保険者分 2. 被扶養者分											
	該当者が被扶養者 の場合記入	フリガナ	続柄	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日					
フリガナ		続柄	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日						
フリガナ		続柄	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日						
滅失の場合はその場所	1. 自 宅 2. 自 宅 以 外()→警察への届出必須												
警察への届出状況	有・無	届出先	警察署	届出日	令和	年	月	日	No				
滅失又は破損した ときのその状況	※できるだけ具体的に詳しくご記入ください												

資格確認書 滅失届 (滅失の場合のみ記入)

上記の申請書に記載したとおり、資格確認書を滅失いたしました。今後は取扱いに十分注意いたします。
滅失した資格確認書等によって保険給付等に事故が発生した場合は一切の責任を負います。

令和 年 月 日 被保険者氏名

添付書類

令和 年 月 日提出

- 任意継続被保険者の場合は、本人確認のために被保険者の運転免許証(写)またはパスポート(写)を添付し当健保までご提出ください。〒105-0023 東京都港区芝浦1-1-1 ブルーフロント芝浦タワーS
- 破損した場合は、破損した資格確認書を添付ください。

受付日付印

事 業 主 の 証 明	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名
	電 話