

健康保険証及び資格確認書滅失届

常務理事	担当者	担当者

提出日（必須） 令和 XX 年 XX 月 XX 日

被保険者等記号・番号 (滅失等の為不明であれば 無記入可)	記号 XXX	番号 XXXX	事業所名 △△株式会社 ○○事業部	社員No. XXXX
被保険者氏名	フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎			生年月日 5.昭和 7.平成 XX 年 XX 月 XX 日 9.令和
本届出を提出する理由	① 滅失・紛失（盗難・災害による消失・置き忘れ・落とす）その他（ 2. き損・・・この場合は該当の健康保険証又は資格確認書を添付			
本滅失届の対象者は どなたですか	対象者氏名	生年月日	続柄	
	健保 花子	5.昭和 7.平成 XX 年 XX 月 XX 日 9.令和	妻	
		5.昭和 7.平成 年 月 日 9.令和		
滅失・紛失・き損の原因 (発生年月日・場所・状況等を 具体的にご記入ください)	1月10日の午後3時頃、出かけた先で財布を落としたと思われます。 財布の中に保険証も入っていました。心当たりの場所を全て探し、問合せしましたが見つかりません でした。警察への届出済です。			
宛：J-オイルミルズ健康保険組合 誓約書 (本欄は被保険者が記入捺印 する。き損の場合は不要)	貴組合発行の私を被保険者とする健康保険証又は資格確認書を（私或いは家族が）滅失致しましたのでお届け 致します。滅失した健康保険証又は資格確認書により万一事故が発生した場合は貴組合にはご負担をおかけし ない事を誓約致します。 また、後日発見した際は勝手に廃棄せず直ちに連絡・返却致します。 被保険者氏名 健保 太郎			

【資格確認書の（再）交付が必要な場合は「資格確認書（再）交付申請書」の提出が必要です】

（事業主）・・・以下の記載・捺印は事業主（所属部署の事ではない）が行います。任意継続は空欄です。

上記のとおり被保険者から届出・申請がありましたので提出し、滅失・き損に相違ない事を証明致します。
尚、今後再びこのことが無いよう充分指導致します。

事業所所在地	〒	事業主が記入
事業所名称		
事業主氏名		
電話	() -	

受付日付印

* 被保険者 → 事業主 → J-オイルミルズ健康保険組合（任意継続者は直接健康保険組合へ提出）

社会保険労務士の提出代行印

届出後のカード返却

年	月	日