

健康保険 資格確認書滅失届

提出日 ××××年 ×月 ×日

資格確認書の(再)交付を希望の場合、資格確認書(再)交付申請書もあわせて提出ください。
ただし、資格確認書の交付は、マイナ保険証の利用登録をされていない方に限られます。

被 保 険 者 情 報	記号	×××	番号	×××	枝番	-00
	氏名	健保 太郎			生年月日	昭和 平成 ××年 ×月 ×日
	住所	〒 ×××-×××× 東京都××区××町×-×-×			TEL	××-×××××-××××

対象者に☑を入れてください。

<input type="checkbox"/> 被保険者(本人)分	資格確認書を滅失または毀損したときの状況

<input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者(家族)分	続柄	資格確認書を滅失または毀損したときの状況
(氏名) 健保 愛	子	×月×日、医療機関を受診した帰り道にて紛失しました。 警察へは届出済みです。
(氏名)		
(氏名)		

毀損の場合は、毀損した資格確認書を添付してください。

滅失した資格確認書を発見した場合は、各会社の社会保険担当へ返却ください。

※任意継続、特例退職の方は直接、日本アイ・ビー・エム健康保険組合まで返却となります。

提出先 各会社の社会保険担当者（任意継続、特例退職の方は直接日本アイ・ビー・エム健康保険組合へ送付）

事 業 主 記 入 欄	事業所所在地	
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電 話	

常務理事	事務長	GL	担当者

決裁日付印

受付日付印