健康保険証等滅失届

提出日 年 月 日

資格確認書の(再)交付を希望の場合、<u>資格確認書(再)交付申請書</u>を提出ください。 ただし、資格確認書の交付は、マイナ保険証によるオンライン資格確認を受けることができない 状況にある方に限られます。

枝番

-00

番号

記号

被

保		生年月日	昭和 平成	年	月	日
情 報 住所		TEL				
対象者に☑を入れてください。						
□ 被保険者(本人)分		該当証(申請する証に〇) 被保険者証 ・高齢受給者証 ・資格確認書				
□ 被扶養者(家族)分	続 柄	該当証(申請する証に○)				
(氏名)		被保険者証 • 高齢受給者証 • 資格確認書				
(氏名)		被保険者証 • 高齢受給者証 • 資格確認書				
(氏名)	被保	険者証 ・	高齢受給者	証 ·資	格確認書	
詳細な届出の事由(必ずご記入ください)						
毀損の場合は、毀損した保険証等を添付	けしてくだ	さい。				
滅失した保険証等を発見した場合は、各 ※任意継続、特例退職の方は直接、日2						ます。
提出先 各会社の社会保険担当者(任意継続、特任	列退職の方(は直接日本∵	アイ・ビー	・エム健康保	険組合へ;	送 付)
事 事業所所在地 業 事 業 所 名 称 主 記 事 業 主 氏 名 入 欄 電 話						
常務理事 事務長 GL 担当者				決裁日付印	\ /	受付日付印