

健康保険被保険者証・資格確認書 滅失届

(注意事項) ○この届書は「被保険者資格喪失届」・「被扶養者増減届」・「被扶養者資格確認による削除」・「資格確認書の更新」等の際に被保険者証・資格確認書を添付して返納することができない場合に、被保険者が提出するものです。

健康保険被保険者等		被 保 険 者 氏 名		被保険者の生年月日			
記号	番号			昭和・平成 年 月 日			
被保険者証・ 資格確認書を 滅失した者 ◆該当番号の■印 を選択してください。	<input type="checkbox"/> 1	被保険者 ※上記に同じ		健康保険証、資格確認書の別 (いずれかを選択してください)			
	<input type="checkbox"/> 2	被扶養者 ※対象者となる家族を下記に 記入してください。		健康保険証 ・ 資格確認書			
	被扶養者氏名		被扶養者の生年月日		続柄	備考	
			昭・平・令 年 月 日				
			昭・平・令 年 月 日				
被保険者の勤務 する(していた) 事業所について		名 称					
		所在地					
被 保 険 者 証 資 格 確 認 書 を 滅 失 した 時 の 状 況							
<p>うえの届書に記載したとおり、被保険者証・資格確認書を滅失いたしました。今後は十分取り扱いに注意します。なお、被保険者証・資格確認書を発見したときは、ただちに返納いたします。</p> <p>令和 年 月 日 提出</p> <p>被保険者住所</p> <p>被保険者氏名</p>							
事業主確認欄	この申請・届出については、次の要件を満たしたものである。						
<input type="checkbox"/>	被保険者(本人)の申請意思と記載内容に誤りがないか本人が確認している。または、被保険者(本人)が作成したものである。						

東京電子機械工業健康保険組合

受 付 印

社会保険労務士の提出代行者名	備 考