

健康保険資格確認書 滅失届

事務長	部長	課長	係長	係

記 号	番 号	被保険者の氏名	生年月日	性別	資格取得年月日
9999	537	東 薬 太 郎	年 月 日 44 11 01	男・女 男・女	年 月 日 05 04 01
被保険者の勤務する (していた) 事業所の		名称	東 薬 株 式 会 社		
		所在地	〒 351-0111 埼玉県和光市下新倉6-7-28		

滅失の対象となる方	氏 名	生年月日	性別	続柄	届書の種類	備考
	(氏) 東 薬	(名) 二 郎	昭平令 年 月 日 02 03 05	男・女 男・女	喪 失 被扶養者 (異動)	
	(氏)	(名)	昭平令 年 月 日	男・女	喪 失 被扶養者 (異動)	
	(氏)	(名)	昭平令 年 月 日	男・女	喪 失 被扶養者 (異動)	
	(氏)	(名)	昭平令 年 月 日	男・女	喪 失 被扶養者 (異動)	
	(氏)	(名)	昭平令 年 月 日	男・女	喪 失 被扶養者 (異動)	
滅失状況	(滅失したときの状況を詳しく記入してください。)					
	就職した際、薬業健保の資格確認書は必要ないと思い破棄してしまった。					
	(警察届出： 月 日)					
被保険者記入欄	上記のとおり、健康保険資格確認書を滅失したのでお届けします。 また、滅失した健康保険資格確認書を発見したときは、ただちに返納します。					
	被保険者 住 所 東京都千代田区永田町2-17-2 東薬ビル10階					
	氏 名 東 薬 太 郎					

社会保険労務士の 提出代行者印	
--------------------	--

確認	この届出は①又は②の要件を満たしたものである ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容について誤りがないか申請者本人が 確認している。
☒	

【注意事項】

受付日付印

- ◎ この届書は、以下の場合に提出するものです。
- ・【喪失】健康保険資格確認書を滅失したため、「被保険者資格喪失届」に添付して返納することができない。
 - ・【被扶養者(異動)】被扶養者を削除するために「被扶養者(異動)届」を提出する際、資格確認書(被扶養者分)を添付して返納することができない。