

健康保険 資格確認書 減失届（喪失時）

下記の通り申請します。

年 月 日 提出

被 保 険 者 情 報	被保険者等記号・番号 —		個人番号 			記号・番号または個人番号の いずれかを記載ください。		
	氏名 (フリガナ)		生年月日 年 月 日 ☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和					
	住所 (〒 —)		電話番号(日中の連絡先) Tel ()					
	自署してください							

減 失 さ れ た 方	氏 名	続柄	生年月日 ☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年 月 日	備考
	氏 名	続柄	生年月日 ☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年 月 日	備考
	氏 名	続柄	生年月日 ☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年 月 日	備考

減 失 し た 理 由	詳しく記入してください。		減 失 の 状 況	☐ 発生日時 年 月 日
				☐ 発生場所
誓 約 書		私は、本申請書に記載した通り、資格確認書を減失いたしましたが、万一、該当資格確認書が不正使用されたことにより、医療費その他の損害を貴健康保険組合が被った場合、その一切の責任を負うことを誓約いたします。 被保険者(本人自署)		

※ 資格確認書は、クレジットカードと異なり、使用を停止することができません。
最寄りの警察署に届出てください。

事 業 主 欄	上記のとおり被保険者から資格確認書 減失の申請がありましたので届出いたします。		
	年 月 日		
	事業所所在地	(〒 —)	
	事業所名称 事業主名 電話	Tel ()	

※ 任意継続被保険者の方は、事業主欄の記入は不要です。
※ 減失した資格確認書が発見された場合には、必ず発見した資格確認書を健康保険組合に返納してください。

健保記入欄
返納があった場合の返納日 年 月 日

常務理事	事務長	担 当