

業務課長	係 長	担当者

健康保険資格確認書 滅失届

被保険者等記号・番号	—
被 保 険 者 氏 名	
事 業 所 所 在 地	
事 業 所 名 称	

資格確認書を滅失した者			滅 失 し た 時 の 状 況
氏 名	生 年 月 日	続柄	
	昭 平 令 年 月 日		
	昭 平 令 年 月 日		
	昭 平 令 年 月 日		
	昭 平 令 年 月 日		
	昭 平 令 年 月 日		

令和 年 月 日 提出

資格確認書を滅失したため届出します。
なお、滅失した資格確認書を発見したときは直ちに返納します。

〒 —

被保険者住所

氏名

〰 受付日付印 〰

社会保険労務士 記 載 欄	
------------------	--

服装健康保険組合