

業務課長	係長	担当者

健康保険被保険者証  
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	

被保険者証又は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

被保険者証又は資格確認書を滅失したため届出します。  
なお、滅失した被保険者証又は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