

健康保険組合(承認)		
事務長	主任	担当

健康保険 資格確認書 き損・滅失届

申請年月日		令和 年 月 日												
被保険者等 記号・番号 (左詰めで記入)												被保険者 氏 名	フリガナ	
記 号														(氏)
事業所名称(所属会社名)												所属所課名称		

資格確認書をき損・滅失された方の氏名・続柄を記載してください。							
氏 名		続 柄	申請理由	氏 名		続 柄	申請理由
(氏)	(名)		き損・滅失	(氏)	(名)		き損・滅失
(氏)	(名)		き損・滅失	(氏)	(名)		き損・滅失
※き損の場合は、状況・理由を詳細に記載してください。							
※滅失の場合は、盗難・遺失届を届け出た警察署名と受理番号を記載してください。							
警察署名：				受理番号：			

受 付 日 付 印