

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)			
記号	番号	被保険者氏名	フリガナ
208	123456	健保	ケンボ
			ヒロシ
事業所名称(所属会社名)		所属所課名称	
ロジスティード株式会社		〇〇営業所	

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) 健保	(名) ひろこ	妻	き損・滅失	(氏) 健保	(名) ひろみ	長女	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。							
長女：経年劣化により印字が薄れて読み取れなくなってしまった。							
※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： 〇〇〇〇署				受理番号： ****			

記入後は直接、当健康保険組合宛てに書類を郵送ください。
【送付先住所】
〒104-8350
東京都中央区京橋2-9-2
ロジスティード健康保険組合 宛て

受付日付印