

健康保険 資格確認書 滅失届

常務理事	事務長	担当者

※資格確認書の再交付が不要な方の提出用

被保険者等記号・番号		被保険者の氏名		被保険者の生年月日	
—				昭・平・令 年 月 日	
被保険者の住所				事業所名	
滅失対象者		氏名	生年月日		続柄
	被保険者		昭・平・令 年 月 日		
	被扶養者		昭・平・令 年 月 日		
	被扶養者		昭・平・令 年 月 日		
理由 (詳細に記入してください。)	いつ: ところで:			警察への届出	
	どうなった:			()警察署 受理番号(No.)	
誓約書	<p>私がこのたび滅失した資格確認書については、健康保険法に定める責任を負い、当届を提出後も誠意をもって発見に努め、発見したときは、直ちに返納いたします。</p> <p>なお、資格を喪失した日以降に資格確認書を使用して診療を受けた場合は、その診療に係る保険給付費の全額を健康保険組合に返還いたします。</p> <p style="text-align: center;">被保険者氏名</p>				

上記の申請について、事実に相違ないことを証明します。

事業所所在地

年 月 日

事業所名称

事業主氏名

※資格喪失された方が資格確認書を滅失して返納することができない場合等の提出用です。