

## 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	
〇〇 - ××××		健保 太郎		昭平令 50年1月1日	
被保険者の住所	大阪市〇〇区××町1-1-1			事業所名	〇〇〇株式会社 △△工場
滅失対象者	氏名	生年月日		続柄	
	被保険者	健保 太郎	昭平令 50年1月1日	本人	
	被扶養者	健保 花子	昭平令 51年2月4日	妻	
	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: 令和6年11月27日 どこで: 近くのショッピングモール どうなった: 荷物を置き忘れて盗難にあった。 財布に入っていた資格確認書も一緒に盗まれた。			警察への届出 ( △△△ )警察署 受理番号(No. 12345 )	
誓約書	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。 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。 被保険者氏名 健保 太郎				

上記の申請について、事実と相違ないことを証明します。

事業所所在地 大阪市〇〇区  
事業所名称 〇〇〇株式会社  
事業主氏名 △〇 〇〇

令和 6 年 11 月 30 日