

健康保険 被保険者証 資格確認書 滅失届

常務理事	事務長	事務次長	課長	係長	担当者

記号・番号		被保険者の氏名	
記号	番号		
被保険者の生年月日		被保険者の現住所	
昭和・平成	年 月 日	〒 -	
資格取得年月日		資格喪失年月日	
昭和・平成・令和	年 月 日	令和	年 月 日

被保険者証・資格確認書を 滅失した者 ※□にチェックをしてください	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者(該当者を以下に記入)		
	該当被扶養者氏名	生年月日	続柄
		昭 平 令 年 月 日	
		昭 平 令 年 月 日	
被保険者証・資格確認書 滅失の事由(詳細)			
被保険者の誓約	上記の通り被保険者証・資格確認書を滅失しましたが、この被保険者証・資格確認書を発見した時は、 ただちに返納いたします。 令和 年 月 日 氏名		

令和 年 月 日

〒 -
事業所所在地
事業所名称
事業主氏名
電話番号 ()

受付年月日

社会保険労務士 記載欄	
----------------	--

神奈川県機器健康保険組合