常務理事	事務局長	部長	課長	係長	係

健康保険資格確認書滅失届

この届書は、資格確認書を滅失したため、次の①または②の場合に提出するものです。

①被保険者資格喪失届に資格確認書を添付して返納することができない場合(被保険者資格喪失届に添付して提出)

②70歳以上の方の医療費負担割合(2割または3割)が変更となり、新しい資格確認書が交付された後に旧資格確認書を返納することができない場合

被保険者の記号番号	—	※ 届出の種類	資格喪失・負担割合変更
被保険者の氏名		生年月日	昭和・平成 年 月 日
被保険者の勤務する(していた)事業所の	名称		
	所在地		

資格確認書を滅失した者の			資格確認書を滅失した時の状況をできるだけ詳しく記入してください。
氏名	生年月日	続柄	
	昭和・平成・令和 年 月 日		

令和 年 月 日 提出

うえの届書に記入したとおり、資格確認書を滅失しましたが、今後は充分取扱いに注意いたします。

なお、この資格確認書を発見したときは、ただちに返納いたします。

【被保険者】

住所 〒 —

氏名

受付日付印