

健康保険 **資格確認書 紛失届**
 被保険者証

注) 記入内容を訂正する場合は訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と記入者または証明者のサインをご記入ください

被 保 険 者 欄	申請日	令和 年 月 日	ご記入後、必ず会社(事業所担当者様)への提出をお願い致します。					
	被保険者等	記号	番号	被保険者氏名			生年月日	
				フリガナ			昭和 平成 年 月 日	
	事業所名							
	住民票 住所	〒 連絡先電話番号(携帯電話)						
	申請 対象者 (本人の 場合も 記入)	氏名	生年月日		性別	続柄	紛失物	資格確認書・被保険者証を 返納できない理由
			昭和 平成 令和	年 月 日	男・女		<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 被保険者証	
			昭和 平成 令和	年 月 日	男・女		<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 被保険者証	
	備考							
	誓約書	<p>上記に記載した通り<input type="checkbox"/>資格確認書・<input type="checkbox"/>被保険者証を紛失・致しましたが、今後は十分取り扱いに注意致します。 また、当該資格確認書・被保険者証が万一不正使用されたことにより、医療費その他の損害を貴健保組合が被った場合 その一切の責任を負うことを誓約します。なお、この資格確認書を発見した時は直ちに返納致します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">被保険者(本人 自署) _____</p>						
事 業 所 欄	令和 年 月 日				健保組合使用欄			
	事業所所在地 事業所名称 事業主氏名	承認		受付日				